

CLÁUDIA REGINA MAJOR

**ENSINO E APRENDIZAGEM POR PROBLEMA:  
ANÁLISE DE PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSOS DE  
MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS E DISTRITO FEDERAL**

GOIÂNIA  
2011

CLÁUDIA REGINA MAJOR

**ENSINO E APRENDIZAGEM POR PROBLEMA:  
ANÁLISE DE PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSOS DE  
MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS E DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora de defesa do Mestrado Interinstitucional em Educação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUC-Goiás e do Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação, sob orientação da Professora Dra Beatriz Aparecida Zanatta.

GOIÂNIA  
2011

M234e Major, Cláudia Regina  
Ensino e aprendizagem por problema : análise de projetos  
pedagógicos de cursos de medicina do estado de Goiás  
e Distrito Federal [manuscrito] / Cláudia Regina Major. –  
2011.  
109 f. : il. grafs, tabs.

Dissertação (mestrado) - Pontifícia Universidade Católica  
de Goiás, Goiânia, 2011.

“Orientação da Professora Dra. Beatriz Aparecida Zanatta  
Bibliografia: f. 102-109  
Inclui Anexos

1. Educação médica - Goiás (Estado) - Distrito Federal  
(Brasil). 2. Ensino superior. 3. Metodologia da  
problematização. 4. Aprendizagem Baseada em Problema. I. Zanatta,  
Beatriz Aparecida. II. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. III.  
Título.

CDU 378:61(817.3/.4)(043.3)

CLÁUDIA REGINA MAJOR

**ENSINO E APRENDIZAGEM POR PROBLEMA:  
ANÁLISE DE PROJETOS PEDAGÓGICOS DE CURSOS DE  
MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS E DISTRITO FEDERAL**

Goiânia, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Banca Examinadora:

---

Professora Doutora Beatriz Aparecida Zanatta. (orientadora)

---

Professora Doutora Nilce Maria da Silva Campos Costa

---

Professora Doutora Raquel Aparecida Marra de Madeira Freitas

## DEDICATÓRIA

Aos meus filhos **Marcos Paulo, Marcello Henrique** e **João Victor**, que me inspiram diariamente na busca de um futuro melhor. Vocês são a razão de minha existência e a maior missão que vim cumprir nesta vida. Amo-os infinitamente.

Aos meus pais, **Sérgio Carneiro** e **Regina Stela**, que me ensinaram que o amor é sempre incondicional e que pai e mãe permanecem para sempre em nossas ações e pensamentos, independente da distância.

Aos meus irmãos, **Serginho** e **Yasmim**, que me inspiram com suas vivências de vitórias e desencantos.

À minha **Vó Isaura**, cuja presença imortal continua sendo uma referência e um exemplo para mim.

Ao meu companheiro, **Antônio Bianco**, com quem compartilhei meus anseios, medos, ideias e sonhos. Agradeço pela sua paciência, seu carinho, sua compreensão e seu apoio para que este sonho se realizasse. Espero ter você sempre ao meu lado.

À **Tia Dalva**, exemplo de amor e carinho.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a **Deus** que, em sua infinita bondade, me deu coragem para atingir meu objetivo. Peço forças e proteção para sempre reconhecer minhas imperfeições, agir com eficiência em meu trabalho e acerto em minhas decisões.

À minha orientadora, Doutora **Beatriz Zanatta**

Aos meus **alunos e alunas do curso de Pedagogia**, que me encorajam ao aperfeiçoamento profissional, permitindo-me um grande aprendizado a cada encontro.

À minha amiga e diretora do curso de Pedagogia, **Libna Ignácio Pereira**, cuja presença é uma referência e um exemplo para mim.

Aos **coordenadores, professores e alunos do curso de Medicina** da UniEVANGÉLICA, cuja paciência e disposição em ajudar tornaram possível este estudo.

Agradeço a todos que acreditaram em minhas possibilidades e contribuíram para o crescimento desta pesquisa e para a superação de mais esta etapa de minha vida.

## RESUMO

MAJOR, Cláudia Regina. *Ensino e aprendizagem por problema: Análise de Projetos Pedagógicos de cursos de Medicina do estado de Goiás e Distrito Federal*. 2011. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Educação) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUG-GO, Goiânia. 2011.

O presente estudo teve como foco investigativo a análise dos projetos pedagógicos de cursos de Medicina, posto que neles devam estar contidos os fundamentos teóricos que caracterizam metodologias que trabalham intencionalmente com problemas, quais sejam: Aprendizagem baseada em problemas (ABP) e Metodologia da Problematização (MP). Foram analisados os projetos pedagógicos de dois cursos de Medicina do estado de Goiás e um do Distrito Federal. A pesquisa foi direcionada para as seguintes indagações: Que concepção de ensino e aprendizagem que trabalha com problema fundamenta os Projetos Pedagógicos dos cursos de Medicina do estado de Goiás e do Distrito Federal? Que características apresentam os currículos dos cursos de Medicina organizados com base na metodologia da problematização e da aprendizagem baseada em problemas (PBL)? Para responder a essas indagações foram pesquisados autores que discutem o ensino e a aprendizagem por problema, tais como: Mamede e Penaforte et al. (2001); Ribeiro (2008); Cunha (2001); Cyrino e Toralles-Pereira (2004); Carlini (2006); Berbel (1998) e Freire (1987). O motivo principal que levou à realização desta pesquisa foi o envolvimento da autora na coordenação de um curso de Medicina do estado de Goiás. A pesquisa foi desenvolvida por meio de estudo bibliográfico e documental. Em termos interpretativos procederam-se à análise documental e de conteúdo. Os projetos pedagógicos analisados apresentaram lacunas no que diz respeito aos princípios de sistematização que podem servir de norte para a sua elaboração. As metodologias ABP e MP apresentaram íntima relação com as propostas educacionais contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina, vislumbradas em todos os cursos que fizeram parte desta pesquisa, apresentando algumas similaridades e diferenciações nas suas aplicabilidades. Em que pesem as evidências da relevância destas metodologias nos dias atuais, a expressão “aprendizagem baseada por problema” apresenta elementos epistemológicos baseados no pensamento pedagógico de John Dewey e Paulo Freire, não podendo ser considerada uma novidade. Ainda não há comprovação se estas propostas metodológicas realmente representarão alternativas para a educação médica atual e do futuro. Estamos todos “experimentando” novas formas de ensinar, com raízes epistemológicas já defendidas em outras épocas.

Palavras-chaves: Problematização. Aprendizagem Baseada em Problema. Ensino Superior. Formação Médica. Metodologia de Ensino.

## ABSTRACT

MAJOR, Cláudia Regina. *Problem based Teaching and learning: Pedagogical Projects from Medicine Course of the State of Goiás and Federal District Analysis*. 2011. Dissertation (After Graduation Program in Education) - Catholic University of Goiás-PUG-GO, Goiania. 2011.

The present study had as investigative focus to analysis the pedagogic projects of Medicine Courses, that into them should be have the theoretical beddings that characterize methodologies that work intencionally with problems, which are: Learning Based in Problems (PBL) and Problematization Methodologies (MP). It was analyzed the pedagogic projects in two courses of Medicines in the state of Goiás and one in Federal District. The research was directed forward the following asks: Which do teaching – learning conception work with problem that fundaments the pedagogic projects in Medicine courses in the state of Goiás and Federal District? Which do the characteristics presents the curricula of Medicine Courses organized based in problematization of methodology and the learning based in problems? Answering these questions were researched authors that argued the teaching and learning problems, such as Mamede and Pena Forte et al (2001), Ribeiro (2008); Cunha (2001), Cyrino and Toralles – Pereira (2004); Carlini (2006),; Barbel (1998) and Freire (1987). The main reason that take to realization of these research were the author's involvement at the coordination in the Medicine Course in the State of Goiás. The research was developed by the bibliographic and documental study. In interpretative terms had proceeded the documental and content analysis. The pedagogic projects analyzed presented gaps in the respect of the systematization principles that can serve the north to its elaboration. PBL and MP methodologies have presented summons relation to the educational proposals in National Curricula Directions (Diretrizes Curriculares Nacionais) to the Medicine Course glimpsed in all courses that take part of the research, presenting some similarities and differentiations in their applicabilities. Although the evidences and relevances to such methodologies in current days, the expression “learning based in problems” presents epistemological elements based in pedagogic thinking of John Dewey and Paulo Freire not being able to be considered newness. Not yet it has evidence of these methodologies proposals really will represent alternatives to the present and future education. We are all trying new forms of teaching, with epistemological roots already defended at other times.

Keywords: Problematization. Learning Based in Problems. Superior Teaching. Medical Formation. Teaching Methodology.



## SIGLAS USADAS

ABEM –	Associação Brasileira de Educação Médica
ABM –	Associação Médica Brasileira
APB –	Aprendizagem Baseada em Problemas
CES –	Conselho de Educação Superior
CESUMAR –	Centro Universitário de Maringá
CINAEM –	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino
CNE –	Conselho Nacional de Educação
DCN –	Diretrizes Curriculares Nacionais
EMA –	Educação Médicas nas Américas
ENADE –	Exame Nacional do Desempenho dos Estudantes
ESCS –	Escola Superior de Ciências da Saúde
FACIPLAC –	Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central – Brasília
FAMEMA –	Faculdade de Medicina de Marília
FEPAFAM –	Federação Pan-Americana de Associação de Faculdades de Medicina
FEPECS –	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
ForGRAD –	Fórum Brasileiro de Pró-Reitores de Graduação
FURB –	Universidade Regional de Blumenau
IDA –	Integração Docente Assistencial
IES –	Instituto Superior de Educação
INEP –	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
LDBEN –	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC –	Ministério da Educação
MP –	Metodologia da Problematização
OAB –	Ordem dos Advogados do Brasil
OPAS –	Organização Pan-americana da Saúde
PBL –	<i>Problem Based Learning</i>
PNE –	Plano Nacional de Educação
PP –	Projeto Pedagógico
PPP –	Projeto Político pedagógico
PROMED –	Programa de Incentivo às Transformações Curriculares nas Escolas Médicas
PUC –	Pontifícia Universidade Católica
PUC Minas –	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
SES-DF –	Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS –	Sistema Único de Saúde
UCB –	Universidade Católica de Brasília
UCG –	Universidade Católica de Goiás
UEL –	Universidade Estadual de Londrina
UEM –	Universidade Estadual de Maringá
UFC –	Universidade Federal do Ceará
UFG –	Universidade Federal de Goiás
UFMG –	Universidade Federal de Minas Gerais
ULBRA –	Universidade Luterana do Brasil

UNB –	Universidade de Brasília
UNESCO –	<i>United Nations Education Science and Culture Organization</i>
UNI –	Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade
UNICAMP –	Universidade Estadual de Campinas
UNICEUMA –	Centro Universitário do Maranhão
UNICID –	Universidade da Cidade de São Paulo
UniEVANGELICA –	Centro Universitário de Anápolis
UNIFESP –	Universidade Federal de São Paulo
UNILESTE-MG –	Centro universitário do Leste de Minas Gerais
UNOPAR –	Universidade Norte do Paraná
USP –	Universidade de São Paulo

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1: Distribuição de cursos de Medicina por região e categoria .....	31
--	----

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1:	Distribuição percentual de cursos de medicina por região e categoria administrativa. Brasil, maio de 2003 .....	28
Tabela 2:	Distribuição percentual de cursos de medicina por região e categoria administrativa. Brasil, março de 2011 .....	29
Tabela 3:	Comparativo crescimento 2003-2011 - escolas de Medicina privadas no Brasil .....	30
Tabela 4:	Comparativo crescimento 2003-2011 – escolas de Medicina públicas no Brasil .....	30

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Arco da problematização .....	55
Figura 2: Projeto Pedagógico do curso da ESCS .....	87
Figura 3: Organização curricular da PUC-GO .....	89
Figura 4: Organização curricular da UniEVANGÉLICA .....	92
Figura 5: Aplicação das metodologias nos cursos pesquisados .....	94

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1:	Cursos de medicina por período, categoria administrativa - Brasil 1808-1959 .....	23
Quadro 2:	Cursos de Medicina no Estado de Goiás e no Distrito Federal .....	34
Quadro 3:	Comparativo das ações docentes e discentes na metodologia convencional e na Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) .....	48

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	07
<b>ABSTRACT</b> .....	08
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b> .....	09
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	10
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	11
<b>LISTA DE QUADROS</b> .....	12
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	15
<b>CAPÍTULO 1 – O ENSINO MÉDICO NO BRASIL: DO ENFOQUE FLEXNERIANO AO ENFOQUE NA INTEGRALIDADE</b> .....	20
1.1 O ENSINO MÉDICO NO BRASIL .....	20
1.2 OS CURSOS DE MEDICINA EM GOIÁS E NO DISTRITO FEDERAL .....	34
1.3 AS DIRETRIZES CURRICULARES PARA OS CURSOS DE MEDICINA .....	36
<b>CAPÍTULO 2 – METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM: UMA ALTERNATIVA PARA A FORMAÇÃO MÉDICA</b> .....	41
2.1 METODOLOGIA DE ENSINO .....	41
2.2 APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMA (ABP) .....	43
2.2.1 Fundamentos teóricos da Metodologia Aprendizagem Baseada em Problemas .....	44
2.2.2 Características da Aprendizagem Baseada em Problemas .....	46
2.3 METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO (MP) .....	51
2.3.1 Fundamentos teóricos da Metodologia da Problematização .....	51
2.3.2 Características da Metodologia da Problematização .....	54
2.4 AS PESQUISAS SOBRE EXPERIÊNCIAS DA ABP E DA MP NO BRASIL .....	58
<b>CAPÍTULO 3 – CONCEPÇÃO DE ENSINO E APRENDIZAGEM POR PROBLEMA NOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS E DO DISTRITO FEDERAL</b> .....	61
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	61
3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PROJETOS PEDAGÓGICOS (PP) .....	64
3.2.1 A elaboração do projeto .....	67
3.3 OS CURSOS QUE FORAM OBJETO DA PESQUISA .....	69
3.3.1 Os objetivos dos cursos .....	75
3.3.2 A concepção de ensino .....	79
3.3.3 A concepção de aprendizagem .....	82
3.3.4 A organização curricular por problema .....	84
3.3.5 A metodologia de ensino .....	94
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	97
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	103

## INTRODUÇÃO

Este trabalho apresenta uma análise dos projetos pedagógicos de cursos de Medicina do Estado de Goiás e do Distrito Federal, tendo em vista identificar a concepção de metodologia de ensino por problemas que fundamenta a organização curricular e a prática pedagógica dos referidos cursos.

Conforme registram Rodrigues e Figueiredo (1996), desde os anos 70 do século XX se busca, para os cursos de Medicina do Brasil, o desenvolvimento de ideias e projetos educacionais de perspectiva mais social, que venham a dissolver a hegemonia do ensino tradicional.

A crítica se faz principalmente ao modelo de ensino centrado no professor e no aprendizado por memorização. Além dessas características, o primeiro contato dos acadêmicos com os pacientes só ocorre no estágio final de sua formação (RODRIGUES e FIGUEIREDO, 1996).

Procurando alterar esse quadro, atualmente os autores que investigam as questões relacionadas ao ensino médico argumentam a favor de um modelo de ensino centrado no aluno, ou seja, na busca do conhecimento feita pelo próprio aluno; o autoaprendizado facilitado pelo ensino em pequenos grupos e assistido por computadores, propiciando o desenvolvimento da autoavaliação (MATTOS, 1997, p. 193), além do estabelecimento do contato com a realidade e a prática desde os primeiros anos no curso.

Gomes et al. (2009) afirmam que no Brasil essas tendências têm acompanhado o contexto mundial de transformação dos referenciais da educação e das políticas de saúde. Um dos reflexos dessas tendências foi a elaboração, pelo Ministério da Educação – MEC (BRASIL, 2001), das Diretrizes Curriculares, que indicavam as bases para o desenvolvimento de um modelo mais apropriado aos processos de ensino-aprendizagem.

As Diretrizes Curriculares propuseram a modificação do modelo tradicional para um modelo inovador, fundamentado nos princípios da pedagogia interativa, com um firme eixo metodológico que priorize a aprendizagem baseada em problemas, na qual o aluno é o protagonista do conhecimento. Para Freitas (2010), de uma forma geral as Diretrizes permitem que as instituições de ensino tenham liberdade e autonomia para elaborar seus projetos pedagógicos, organizar seus currículos e, concomitantemente, induzem estas a uma



concepção de ensino que valoriza o aluno como sujeito e a metodologias de ensino consideradas mais adequadas para tornar o aluno ativo no processo de aprendizagem.

Segundo Freitas (2010), as instituições responsáveis pela formação passaram a seguir as orientações das Diretrizes, buscando alternativas para um modo de ensinar e aprender sintonizado com o perfil do profissional da área de saúde delineado pelas Diretrizes Curriculares Nacionais, e a adotar as chamadas “metodologias ou pedagogias “problematizadoras”, sendo as mais frequentes a Metodologia da Problematização (MP) e a *Problem Based Learning* (PBL).

A primeira, a Metodologia da Problematização, encontra nas formulações de Paulo Freire um sentido de inserção crítica na realidade para dela retirar os elementos que conferirão significado e direção às aprendizagens. Para Berbel (1998), no movimento ação-reflexão-ação são elaborados os conhecimentos, considerando a rede de determinantes contextuais, as implicações pessoais e as interações entre os diferentes sujeitos que aprendem e ensinam.

Por sua vez, a Aprendizagem Baseada em Problemas, influenciada principalmente pelas ideias de John Dewey, constitui-se em um enfoque metodológico no qual os estudantes lidam com problemas previamente elaborados, em pequenos grupos, com a supervisão de um tutor. Os problemas são, geralmente, descrições de um fenômeno ou evento a ser analisado pelo grupo, usando, inicialmente, o conhecimento prévio. A partir daí, os estudantes procuram entender os processos subjacentes, surgindo as interrogações. Essas constituem os objetivos do aprendizado e servirão como conteúdo de estudo individual e coletivo. Essa metodologia tem se destacado como a mais indicada para trabalhar os conteúdos de Medicina de forma crítica e reflexiva. Ao comentar o assunto, Sakai e Lima (apud BERBEL, 1998, p. 145) escrevem:

O PBL é o eixo principal do aprendizado teórico do currículo de algumas escolas de Medicina, cuja filosofia pedagógica é o aprendizado centrado no aluno. É baseado no estudo de problemas propostos com finalidade de fazer com que o aluno estude determinados conteúdos. Embora não constitua a única prática pedagógica, predomina para o aprendizado dos conteúdos cognitivos e integração de disciplinas. Esta metodologia é formativa à medida em que estimula uma atitude ativa do aluno em busca do conhecimento e não meramente informativa como é o caso da prática pedagógica tradicional.

Em que pesem as diferenças entre essas abordagens metodológicas, Berbel (1998, p. 141) esclarece que “[...] o ponto em comum entre elas consiste no fato de trabalharem [...] intencionalmente com problemas para o desenvolvimento dos processos de ensinar e

aprender". Além disso, acrescenta a autora, ao se apoiar na aprendizagem por descoberta significativa valorizam o "aprender a aprender".

O interesse da autora pelo tema do ensino por problema nasceu a partir de sua experiência como coordenadora pedagógica no curso de Medicina da UniEVANGÉLICA, estruturado com base nos pressupostos do ensino e da aprendizagem por problema. Embora a mesma tivesse exercido a função de Assessora Pedagógica em outro curso superior e ministrado aulas no curso de pedagogia na mesma instituição, sentiu-se diante do desconhecido. O enfoque em questão era desafiador. Inúmeras eram as dúvidas e os questionamentos. Nesse momento, buscou-se estudar e refletir sobre a gênese e os fundamentos teóricos das metodologias que trabalham com problema. As disciplinas cursadas pela autora na Pós-graduação (Mestrado) em Educação do convênio UCG/UniEVANGÉLICA forneceram-lhe elementos que contribuíram para ampliar os conhecimentos a respeito das metodologias que trabalham com problema. Interessava-lhe aprofundar esse estudo porque entendia que isso poderia contribuir para uma melhor orientação dos professores e alunos do curso acerca do trabalho com essa metodologia.

Ao consultar a produção acadêmica entre 1996 a 2010 sobre o tema em estudo, identificou-se um número significativo de pesquisas sobre o ensino médico. Em geral, essas pesquisas priorizam as temáticas sobre o trabalho com estratégias de ensino-aprendizado por problemas na área da saúde, resultados da aplicabilidade dessas metodologias em cursos da saúde, ressaltando, também, o saber e a prática docente e discente na transformação do ensino. Ressaltam-se os autores Berbel (1998), Cyrino e Toralles-Pereira (2004), Dohms e Silveira (2006), Gonçalves e Benevides-Pereira (2009), Veras, Ribeiro e Lima (1983), Almeida et al. (2007), Bueno e Pieruccini (2004), Mitre et al. (2008), Dewey (1971), Freire (1996), Cunha (1994), Libâneo (2010), Freitas(2010), entre outros.

Esse levantamento permitiu constatar que as questões relacionadas à metodologia de ensino e aprendizagem por problema têm merecido um significativo investimento dos pesquisadores da área. Demonstrou, ainda, uma lacuna no âmbito dessa produção no que diz respeito às pesquisas sobre a prática pedagógica dos docentes que estão atuando nos cursos de Medicina, assim como da análise dos Projetos Pedagógicos dos referidos cursos.

Especialmente a partir da Lei de Diretrizes e Bases de 1996, a ideia de Projeto Político-Pedagógico é elemento relevante na discussão de ações a serem implementadas nos diferentes níveis de ensino.

Segundo Veiga (2002), o Projeto Pedagógico é um documento programático que reúne as principais ideias, fundamentos, orientações curriculares e organizacionais dos cursos de

acordo com seu contexto, origem, motivos e finalidade. Ou seja, um documento no qual deve estar contido o marco teórico metodológico que deverá orientar a organização curricular (objetivos, conteúdo, metodologia, procedimentos e avaliação) e expressar a intencionalidade pedagógica, cultural e profissional dos sujeitos que o produzem e o vivenciam em seu cotidiano. É essa opção metodológica que confere significado e sentido à prática pedagógica, possibilitando a construção de novas formas de organização do trabalho pedagógico em suas conexões com as necessidades sociais. Nesse sentido, o projeto pedagógico é ação consciente e organizada, porque é planejada tendo em vista coordenar esforços em direção a objetivos e compromissos futuros.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei 9394/94) postula a construção de um Projeto Pedagógico de forma participativa e colaborativa, originado no seio da coletividade docente, discente e administrativa dando identidade às IES ou ao curso. Em seu artigo 12, inciso I, prevê que "os estabelecimentos de ensino, respeitadas as normas comuns e as do seu sistema de ensino, tem a incumbência de elaborar e executar sua proposta pedagógica".

Assim, considerando a importância desse documento, cuja função consiste em indicar uma direção para o encaminhamento de ações a serem realizadas pelo professor e pelos alunos para atingir os objetivos do ensino médico, a autora teve a ideia de analisar os Projetos Pedagógicos de cursos de Medicina do Estado de Goiás e do Distrito Federal que se fundamentam nas metodologias de ensino e aprendizagem por problema.

Com essa intenção, as questões que motivaram este trabalho podem ser assim descritas: Que concepção de ensino e aprendizagem por problema fundamenta os Projetos Pedagógicos dos cursos de Medicina do Estado de Goiás e do DF? Que características apresentam os currículos dos cursos de Medicina organizados com base na Metodologia da Problematização e Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL)?

A partir destas questões, a pesquisa partiu do pressuposto de que a Metodologia da Problematização e a Metodologia da Aprendizagem Baseada em Problemas constituem importantes alternativas à superação do modelo flexneriano, mas os projetos do curso de Medicina em estudo indicam a necessidade de aprofundar o debate acerca dessas concepções metodológicas em favor de uma qualidade pedagógica e social do ensino médico.

Desse modo, a pesquisa analisa a concepção de metodologia de ensino e aprendizagem por problema presente nos projetos pedagógicos de dois cursos de Medicina do estado de Goiás e um do Distrito Federal, tendo como objetivo primordial compreender as peculiaridades dos enfoques metodológicos que fundamentam os Projetos Político-

Pedagógicos em estudo. Essa meta se desdobra em objetivos mais específicos: os projetos pedagógicos de cursos de Medicina do Estado de Goiás e do Distrito Federal que se fundamentam nas metodologias de ensino e aprendizagem por problema; compreender as peculiaridades dos enfoques metodológicos que fundamentam os projetos pedagógicos em estudo; refletir sobre as concepções de aprender, ensinar e formar, explicitadas no Projeto Pedagógico como orientação para as ações pedagógicas e didáticas no curso de Medicina; caracterizar a concepção de problema da Metodologia de Problematização e da Aprendizagem Baseada em Problema explicitado no Projeto Pedagógico; apresentar uma reflexão que contribua para a melhor compreensão da presença do ensino por problema nos projetos pedagógicos de cursos de Medicina.

Para a coleta de dados desenvolveu-se uma pesquisa bibliográfica e documental. Em termos interpretativos procederam-se à análise documental e à análise de conteúdo. Os resultados desta pesquisa estão apresentados em três capítulos, que obedecem, em linhas gerais, às etapas que fazem parte do seu desenvolvimento.

O capítulo I descreve a trajetória do ensino médico e, em específico, aborda os cursos de Medicina no Brasil, no estado de Goiás e no Distrito Federal, estes dois últimos selecionados para a pesquisa a partir de seus aspectos históricos, especificidade e abrangência. O intuito maior, no entanto, é o de contribuir para o entendimento do contexto sociocultural em que se inserem os cursos de Medicina. Em seguida, apresentam considerações sobre as diretrizes curriculares para os mesmos.

O capítulo II apresenta os conceitos teóricos e os caminhos didáticos diferenciados da Aprendizagem Baseada em Problemas e da Metodologia da Problematização. Expõem-se, ao final, algumas experiências das referidas metodologias desenvolvidas em instituições de ensino no Brasil.

O capítulo III faz considerações acerca da escolha da metodologia da pesquisa, dos caminhos percorridos para a realização da investigação e dos instrumentos utilizados para a análise dos dados. Posteriormente, privilegiamos aspectos relativos à construção do projeto pedagógico das instituições dos cursos em estudo, ressaltando suas finalidades, suas formas de elaboração, sua estruturação e seus conceitos teóricos.

Em específico, apresenta-se o estudo sobre os projetos pedagógicos dos cursos de Medicina de Goiás e do Distrito Federal, que se estruturam nas metodologias problematizadoras, referenciando os seguintes aspectos: os objetivos, a concepção de ensino, a concepção de aprendizagem, a organização curricular por problema e a metodologia de ensino dos cursos.

Para finalizar, se enfatizam os resultados obtidos nesta pesquisa e as discussões pertinentes, respondendo aos problemas iniciais e aos objetivos propostos esperando contribuir significativamente para pesquisas posteriores sobre o tema escolhido.

## CAPÍTULO 1

# **O ENSINO MÉDICO NO BRASIL: DO ENFOQUE FLEXNERIANO AO ENFOQUE NA INTEGRALIDADE**

Este capítulo tem como objetivo delinear a trajetória do ensino médico no Brasil e em Goiás. O intuito maior, no entanto, foi o de contribuir para o entendimento do contexto sociocultural em que se inserem os cursos de Medicina. Inicialmente, discorre-se sobre qual tem sido a formação médica no país, as várias reformas e readaptações por que passou, chamando a atenção para o fato da busca constante pela excelência técnica, por meio da importação ou da criação de novos modelos curriculares e de metodologias de ensino. Na sequência, apresenta-se a trajetória dos cursos de Medicina no estado de Goiás e no Distrito Federal, com considerações acerca das atuais Diretrizes Curriculares para os cursos de Medicina. Também são relatadas as tendências dos últimos anos de avaliar o desempenho das escolas médicas e propor algumas mudanças. Para tanto, foram tomadas como referências as contribuições de autores que investigam o ensino médico no Brasil, tais como Gonçalves e Benevides-Pereira (2009), Veras, Ribeiro e Lima (1983), Almeida et al. (2007), Bueno e Pieruccini (2004), Lampert et.al. (2009), dentre outros.

### 1.1 O ENSINO MÉDICO NO BRASIL

O primeiro curso de Medicina no Brasil foi criado em fevereiro de 1808, em Salvador, após a chegada da família real portuguesa e do príncipe regente à Bahia. Em abril do mesmo ano criou-se a Escola de Anatomia e Cirurgia no Rio de Janeiro. De acordo com Gonçalves e Benevides-Pereira (2009), essas escolas, denominadas “escolas de cirurgia”, formavam apenas cirurgiões; os médicos continuavam a formar-se na Europa, sobretudo em Portugal. A respeito das escolas de anatomia e cirurgia, Gonçalves e Benevides-Pereira (2009, p. 484) registram: “O curso tinha duração de quatro anos, com frequência obrigatória, e os alunos,

após se submeterem a exames, recebiam certidão de competência, sob juramento dos Santos Evangelhos, em se encarregar dignamente da saúde pública”.

Esclarecem os autores que, naquela época, a assistência à saúde era realizada pelos missionários da comitiva de Tomé de Souza, que atuavam como médicos, boticários e enfermeiros nas boticas (farmácias) ou nos hospitais instalados nos colégios dos jesuítas em algumas vilas e cidades. Nesse contexto, a arte médico-cirúrgica proveniente da Europa se mesclava com as práticas nativas e era praticada por físicos, cirurgiões curiosos e feiticeiros, pelos indígenas, africanos e jesuítas (GONÇALVES e BENEVIDES-PEREIRA, 2009).

Entre 1813 e 1815 ocorreram as primeiras reformas dessas duas escolas médicas, que passaram a denominar-se Academias Médico-Cirúrgicas; a duração do curso passou para cinco anos. Em 1822, com a passagem do Brasil a Reino e a consequente ruptura dos vínculos culturais e científicos com Portugal, surgem os doutores das escolas nacionais. Em 1826, D. Pedro I firma a lei que atribuiu a autonomia dessas escolas, concedendo-lhes o direito de diplomar seus alunos. Em 1832, essas instituições foram transformadas em Faculdades de Medicina, com base nas normas e programas da Escola Médica de Paris, e a duração dos cursos passa para seis anos<sup>1</sup>. Com essa transformação, o currículo do curso, até então constituído por cinco disciplinas, passou a ser composto por catorze disciplinas, de presença obrigatória. Os concluintes do curso começaram a receber o título de “Doutor em Medicina, Farmacêutico e Parteiro”. O ensino era centrado na observação clínica com ênfase na patologia local, que era dada na Bahia. Para Gonçalves e Benevides-Pereira (2009, p. 483), nesse período “[...] a influência francesa foi marcante no ensino médico no Brasil: todo o material escolar – livros, métodos, regulamentos, programas, leituras – era importado daquela cultura, eminentemente teórica”. Durante quase um século, essas duas escolas permaneceram com a exclusividade de formar médicos no país (BUENO e PIERUCCINI, 2004).

Em 1854, foi definida uma “Congregação de Lentes” (professores catedráticos) para compor, com um diretor, a direção das faculdades. Essa reforma ratificou a duração de seis anos e preconizou a criação de laboratórios, entre outras questões estruturais dos cursos de Medicina. Nessa década, iniciou-se, em 1866, a adoção e o uso de métodos experimentais de investigação realizados por pesquisadores da Bahia. Até então, os médicos brasileiros apenas transmitiam e aplicavam o conhecimento repassado por meio dos manuais europeus. Outro

---

<sup>1</sup> Conforme esclarecem Gonçalves e Benevides-Pereira (2009, p. 483): “[...] historicamente, os cursos de Medicina já tinham a duração mínima de seis anos: em 1240, Frederico II teria conferido o direito de graduar médicos à escola de Salerno, num curso com cinco anos de duração e mais um ano de prática supervisionada em hospital-escola”.

fato importante vinculado, ocorrido em 1879, foi a matrícula de mulheres nos cursos de Medicina, tendo a primeira delas concluído o curso em 1887, na Bahia.

Em 1898, foi criado, em Porto Alegre (RS), o terceiro curso de Medicina no Brasil, ou seja, a Faculdade Livre de Medicina e Farmácia.

Nesse contexto, o modelo pedagógico adotado fundamentava-se nas orientações do academicismo francês, enquanto os procedimentos de pesquisa refletiam a influência da escola alemã. Seguindo essa orientação, o processo de ensino-aprendizagem restringia-se, muitas vezes, à reprodução do conhecimento. O docente assumia um papel de transmissor de conteúdos, ao passo que ao discente cabia a retenção e repetição dos mesmos – em uma atitude passiva e receptiva (ou reprodutora), como mero expectador, sem a necessária crítica e reflexão.

Para Gonçalves e Benevides-Pereira (2009), as sucessivas reformas e as transformações ocorridas no contexto mundial conduziram a substituição desses modelos pelo modelo americano, hegemônico no início do século. Com efeito, em 1908, o estudo realizado por Abraham Flexner, especialista em educação superior, analisando 155 faculdades de Medicina nos EUA e Canadá, concluiu que apenas cinco delas tinham condições de formar médicos. Em razão disso, recomendou, em seu relatório, a redução do número de escolas, propondo um modelo de curso adotado inicialmente nos Estados Unidos e, posteriormente, por um número significativo de escolas de medicina em todo o mundo.

De acordo com Gonçalves e Benevides-Pereira (2009), no modelo flexneriano os cursos de Medicina deveriam ser constituídos de três a quatro semestres exclusivamente para conhecimento científico do homem biológico (ciclo básico); quatro a seis semestres para o ensino da clínica (pediatria, ginecologia e obstetrícia, clínica médica, cirurgia, propedêutica e demais especialidades); e, finalmente, o treinamento em serviço sob supervisão dos docentes, o internato, com duração mínima de dois semestres. O modelo de Abraham Flexner recomendava, ainda, que o corpo docente se dedicasse integralmente ao ensino e à pesquisa, sendo esta constituída como rotina dos cursos de Medicina. Por meio desse modelo, foram implantados o internato, a residência médica, a ligação entre faculdade de Medicina e hospital. Com este entendimento, foi concebido o hospital universitário para o ensino médico.

Gonçalves e Benevides-Pereira (2009) informam que as principais críticas ao relatório de Flexner referem-se ao fato de o ensino médico ter como foco principal a doença, e não o doente, por não valorizar a assistência médico-ambulatorial, nem se referir à função social da escola médica.



Até o final da Primeira República, somente doze escolas de Medicina no Brasil eram oficialmente reconhecidas pelo poder público. Isso ocorreu até 1922, data de criação da primeira Universidade Brasileira.

Veras, Ribeiro e Lima (1983) lembram-nos de que em 1930, época marcada pela Revolução, foram estabelecidas normas nacionais para o ensino superior, com a criação do Ministério de Educação e Saúde Pública. Em 1931, a Reforma Francisco Campos determinou a equiparação das instituições de ensino superior mantidas pelo governo e a inspeção dos cursos livres. No que concerne ao ensino médico, uma das recomendações da reforma consistia em promover e facilitar o melhor possível a especialização profissional nos diversos ramos da medicina aplicada.

Bueno e Pieruccini (2004, p. 14) ressaltam que na década de 1950 inaugura-se o ensino de medicina privado no país, com quatro dos cursos criados neste período. Até então, os treze cursos de Medicina em funcionamento eram todos públicos (federais e estaduais). Os autores dizem que, no ano de 1956, o Brasil possuía 24 escolas médicas, das quais treze foram criadas entre 1808 e 1948 (140 anos) e onze entre 1948 e 1956 (oito anos) (quadro 1). Com base nessa orientação foram criadas, até 1965, mais 28 escolas médicas.

QUADRO 1: Cursos de Medicina por período, categoria administrativa – Brasil, 1808-1959.

Nº	CRIAÇÃO	NOME DA INSTITUIÇÃO	CATEG. ADM.
01	1808	Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA	Federal
02	1808	Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ	Federal
03	1898	Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS	Federal
04	1912	Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ	Federal
05	1912	Universidade Federal do Paraná, Curitiba-PR	Federal
06	1913	Universidade de São Paulo (Campus SP)	Estadual
07	1911	Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG	Federal
08	1919	Universidade Federal do Pará, Belém-PA	Federal
09	1920	Universidade Federal de Pernambuco, Recife-PE	Federal
10	1926	Universidade Federal Fluminense, Niterói-RJ	Federal
11	1933	Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina-SP	Federal
12	1936	Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro-RJ	Estadual
13	1948	Universidade Federal do Ceará, Fortaleza-CE	Federal
14	1951	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Sorocaba-SP	Privada
15	1951	Universidade de Pernambuco, Recife-PE	Estadual
16	1951	Universidade Federal de Alagoas, Maceió-AL	Federal
17	1951	Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa-PB	Federal
18	1951	Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte-MG	Privada
19	1952	Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto-SP	Estadual
20	1952	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador-BA	Privada

[Continuação quadro 1]

21	1953	Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora-MG	Federal
22	1954	Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Uberaba-MG	Federal
23	1954	Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria-RS	Federal
24	1956	Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal-RN	Federal
25	1957	Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba-PR	Privada
26	1958	Fundação Universidade Federal do Maranhão, São Luiz-MA	Federal
27	1959	Fundação Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS	Federal

Fonte: Bueno e Pieruccini (2004, p. 14).

Este aumento, para Bueno e Pieruccini (2004), levou a Associação Médica Brasileira a criar, em 1956, a Comissão de Ensino Médico para avaliar a qualidade e os objetivos deste sistema de ensino. O resultado do trabalho desta comissão resultou em uma composição interministerial, formada por professores de Medicina, tendo como objetivo avaliar o ensino médico brasileiro e apresentar subsídios à elaboração de um projeto de lei adequando a nova realidade do ensino de Medicina no Brasil.

Entre 1966 e 1970, Veras, Ribeiro e Lima (1983) afirmam ter ocorrido um aumento significativo das escolas médicas no país. Se, ao iniciar a década de 1960, existiam no Brasil 27 cursos de medicina, ao término desta 35 novos cursos haviam sido criados no país, indicando um crescimento da ordem de 130%.

Para Bueno e Pieruccini (2004), a expansão dos cursos de Medicina ocorrida nos anos 60 do século XX baseou-se em um crescimento de instituições privadas da ordem de 400% (de quatro para vinte) e no desenvolvimento da prática médica nas regiões mais ricas e populosas, principalmente no Sudeste. Veras, Ribeiro e Lima (1983) ressaltam que, nesse período, 83,3% das escolas se localizavam nas regiões Sul e Sudeste do país, especificamente nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro, centros nos quais se concentravam a maior parte das escolas privadas.

No mesmo período, as faculdades tradicionais viram-se obrigadas, por dispositivos legais, a ampliar o número de suas matrículas. Segundo Bueno e Pieruccini (2004, p. 18), a política de corte nos gastos sociais foi fator determinante por reduzir os investimentos públicos no ensino superior. Dessa forma, a demanda social por mais vagas para o ensino superior desencadeou o movimento dos excedentes dos vestibulares. A saída encontrada pela Junta Militar, que governava o país, foi determinar o aumento de matrículas no ensino superior privado e público. A lógica era a do mercado e o credenciamento das escolas era realizado sem maiores verificações da qualidade dos cursos oferecidos. Assim, de acordo com Veras, Ribeiro e Lima (1983), no ano de 1971 estavam matriculados, nos sextos anos de todas

as escolas médicas brasileiras, 3.928 estudantes; nesse mesmo ano, matricularam-se na série inicial 9.008 estudantes, o que significa um aumento considerável do número de médicos a serem formados:

Em duas décadas foram criadas 50 novas escolas médicas no Brasil, a maioria privadas, com uma taxa de expansão de 192%. Tais escolas vieram a se localizar preferentemente nas regiões Sudeste e Sul do país, que são as regiões mais industrializadas, onde proliferam as empresas médicas e, conseqüentemente, as oportunidades de emprego. Em decorrência, conforme assinala documento aprovado no XXIII Congresso da ABEM, passou a ser lançado no mercado de trabalho uma quantidade crescente de médicos, distribuídos de forma desordenada pelo território nacional. (SILVA, 1986, p. 495)

Na década de 1970, Bueno e Pieruccini (2004) relatam que no Brasil existiam 62 cursos de Medicina em funcionamento, dos quais 35 já haviam sido autorizados na década anterior. Nesse período vivia-se sob regime militar.

No âmbito da saúde priorizou-se o modelo setorial centralizado no empresariamento subsidiado e na construção de onerosos hospitais. Menciona a associação do prestígio do médico a ideia de especialista que, pelo vínculo com a universidade, adquiria *status* social, embora dedicasse a maior parte do seu tempo ao atendimento em sua clínica privada. Surge, então, a necessidade do preparo de profissionais da saúde para o atendimento voltado para a comunidade. Silva (1986) ressalta que, diante de uma realidade em que o benefício estava ao lado dos prestadores privados de assistência médica e do chamado complexo médico-industrial (produtor de medicamentos e equipamentos), foi necessário que se impusessem urgentemente mudanças e reformulações no sistema de saúde.

Amaral (2005) afirma que nessa época o grande número de cursos médicos no Brasil, que adquiriram gradativamente expressividade a partir da década de 1960, levou a Associação Médica Brasileira (AMB) a encaminhar às autoridades responsáveis o documento denominado “A Problemática do Ensino Médico no Brasil”:

A repercussão deste documento gerou a constituição pelo MEC, no ano de 1971, da Comissão de Ensino Médico. Após investigar o assunto, a comissão produziu o “Documento nº1”, que reafirmava as conclusões e proposições do documento da AMB. Esse documento serviu de subsídio para uma portaria ministerial, suspendendo a criação de novas escolas médicas. Somente aquelas que haviam requerido autorização de funcionamento antes da nova regra conseguiram se implantar. Assim, durante 13 anos, ou seja, de 1971 a 1976 e de 1979a 1987, nenhum curso de medicina recebeu autorização de funcionamento no país. (BUENO e PIERUCCINI, 2004, p. 18)

Para Amaral (2005), na década de 1980, com a implantação dos programas de Integração Docente Assistencial (IDA), definidos pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a atenção primária à saúde passou a ser priorizada, tendo como meta a saúde para todos no ano 2000. Para isso, deveria haver uma articulação entre as instituições de educação e o sistema de saúde, a fim de promover eficazmente uma reestruturação no currículo das faculdades de Medicina e das demais áreas da saúde. Um dos aspectos importantes dessa articulação seria a integração do hospital universitário ao sistema de saúde, buscando possibilitar aos alunos acesso a um campo de prática ampliado.

Contudo, os programas de IDA, embora considerados de fundamental importância para as escolas médicas e para o sistema de saúde, não atingiram os objetivos propostos e as mudanças resultantes de sua implantação foram sutis (GONÇALVES e BENEVIDES-PEREIRA, 2009).

Em 1985, um programa inovador, conhecido pela sigla UNI (Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais de Saúde: União com a Comunidade), definiu outra proposta para a formação de profissionais da saúde, cujo objetivo principal consistia na união com a comunidade, ou seja, a integração escola-serviço-comunidade, visando reunir os estudos epidemiológicos, a interdisciplinaridade, o trabalho em equipe multiprofissional e a utilização do serviço como cenário de ensino e aprendizagem. A implantação dessa proposta ocorreu em poucas escolas médicas.

Simultaneamente, a Federação Pan-americana de Associações de Faculdades de Medicina (FEPAFAM) instituiu o projeto Educação Médica nas Américas (EMA), com o objetivo de realizar uma análise da educação médica em função das mudanças sociais e dos avanços tecnológicos dos últimos anos, além de definir, em linhas gerais, o perfil do médico para o século XXI.

Em março de 1986, realizou-se em Brasília a VIII Conferência Nacional de Saúde com a finalidade de propor critérios para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde junto à Assembleia Nacional Constituinte. Para Silva (1986), estabeleceram-se as bases para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde, que denominamos hoje como Reforma Sanitária, a saber: a) acesso universal e igualitário de qualquer pessoa a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde; b) gestão democrática do sistema de saúde; e c) garantia de resolutividade por parte dos serviços de saúde.

Para tanto, são propostas as seguintes medidas principais:

1. Unidade de condução das políticas do setor; 2. Integração das Ações de Saúde; 3. Descentralização; 4. Regionalização e hierarquização dos serviços; 5. Acesso garantido a serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento; 6. Garantia de suprimento de medicamentos; 7. Democratização das informações; 8. Garantia de participação popular na gestão; 9. Reorganização do trabalho profissional; 10. Reformulação do Sistema Formador de Recursos Humanos. (SILVA, 1986 , p. 500)

A Declaração de Edimburgo (1988), elaborada pela Comissão de Planejamento da Federação Mundial de Educação Médica, considerando as necessidades das escolas médicas de formarem profissionais de acordo com as exigências da sociedade atual, recomendou aos cursos de Medicina a discussão dos seguintes aspectos: prioridades e estratégias educacionais, recursos necessários às escolas médicas, políticas de admissão aos cursos de Medicina, continuidade da formação médica e articulação entre as escolas e os serviços de saúde.

Em 1989, a Associação Médica Brasileira recomendou algumas mudanças nos currículos dos cursos de Medicina, tais como evitar a fragmentação do currículo, promover a integração das disciplinas e a articulação dos ciclos básico e profissional, diversificar os ambientes de práticas de ensino. Solicitou também a integração com a comunidade, a experiência prática precoce dos alunos nos serviços de saúde de complexidade crescente (supervisionada por docentes), além da utilização de outros cenários de prática.

Na década de 1990, o sistema educacional brasileiro volta a se reformular com a aprovação da Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996, denominada Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) (BUENO e PIERUCCINI, 2004, p. 19).

Para Bueno e Pieruccini (2004), a proliferação de cursos passa a exigir do MEC um controle efetivo da qualidade do ensino ofertado. Como parte das políticas do Novo Plano Nacional de Educação, o MEC instituiu a avaliação dos cursos, por meio do Exame Nacional dos Cursos (Provão), criado por força da Lei 9.131/95, atualmente denominada Exame Nacional do Desempenho dos Estudantes (ENADE).

Ao adentrarmos no período de 2000 a 2003, final do governo de Fernando Henrique Cardoso, Bueno e Pieruccini (2004) relatam que houve grande proliferação de escolas médicas no país. Vinte novos cursos de Medicina receberam do MEC autorização de funcionamento, embora, segundo os autores, a maioria deles não tenha obtido parecer favorável do Conselho Nacional de Saúde. A seguir apresenta-se distribuição percentual de cursos de Medicina por região e categoria administrativa no Brasil até maio de 2003.

TABELA 1: Distribuição percentual de cursos de Medicina por região e categoria administrativa. Brasil, maio de 2003.

Categoria administrativa	Norte	%	Nordeste	%	Centro-Oeste	%	Sudeste	%	Sul	%	Total	%
Públicos	08	80	16	84,2	06	60	19	35,2	12	52,2	61	52,6
Federal	05	50	12	63,1	05	50	09	16,7	07	30,4	38	32,8
Estadual	02	20	04	21,1	01	10	08	14,8	03	13,0	18	15,5
Municipal	01	10	---	---	---	---	02	3,7	02	8,8	05	4,3
Privados	02	20	03	15,8	04	40	35	64,8	11	47,8	55	47,4
Total	10	8,6	19	16,4	10	8,6	54	46,6	23	19,8	116	100

Fonte: Bueno e Pieruccini (2004, p. 19).

Segundo Bueno e Pieruccini (2004), os cursos privados apresentados na tabela 1 são maioria no Sudeste (64,8%). Isso se dá por estarem concentradas nessa região os maiores grupos empresariais de educação. Para os autores, o ensino privado só ganhou amplitude diante do pouco investimento do poder público. Ressalta-se que, dos dezesseis cursos de Medicina do Nordeste, só existem três privados (15,8%): na Bahia, no Ceará e no Maranhão. Esse quadro se repete também no Norte, com 80%, e no Centro-Oeste, com 60% (Tabela 1). Com relação aos cursos estaduais, observou-se concentração maior em São Paulo, com seis (33,3%), e no Paraná, com três (16,7%).

Concomitantemente às mudanças apresentadas, surge o processo de reforma do ensino médico, com o objetivo de dar mais qualidade ao ensino. As instituições médicas são convocadas a aceitar as regras do Decreto n. 3.860, de 9 de julho de 2001, que passam a orientar a organização e a avaliação de cursos e instituições de ensino superior, bem como adotar as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina, contidas na Resolução n. 4, de 7 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação, homologada pelo MEC. De acordo com Bueno e Pieruccini (2004, p. 20):

Estas diretrizes curriculares foram discutidas e aprovadas no XXXVIII Congresso Brasileiro de Educação Médica, realizado em Petrópolis, no ano 2000, por definirem competências e habilidades profissionais a serem exigidas dos graduandos e visam a formação do médico generalista.

A seguir se apresenta, na tabela 2, os dados anteriormente comentados:

TABELA 2: Distribuição percentual de cursos de Medicina por região e categoria administrativa. Brasil, março de 2011.

Categoria administrativa	Norte	%	Nordeste	%	Centro-Oeste	%	Sudeste	%	Sul	%	Total	%
Públicos	11	61,1	30	68,1	06	50	20	28,1	15	48,3	82	46,5
Federal	07	38,8	14	31,8	05	41,6	10	14	07	22,5	43	24,4
Estadual	03	16,6	16	36,3	01	8,3	08	11,2	04	12,9	32	18,1
Municipal	01	5,5	---	---	---	---	02	2,81	04	12,9	07	3,9
Privados	07	38,8	14	31,8	06	50	51	71,8	16	51,6	94	53,4
Total	18	10,2	44	25	12	6,8	71	40,3	31	17,6	176	100

Fonte: Tabela preparada pelo autora partir de dados das fontes INEP/MEC.

Comparando os dados de 2000-2003 com os do ano de 2011, percebe-se que a concentração de escolas privadas ainda prevalece. O índice de escolas privadas no país em 2011 concentra-se na região Sudeste, com 71,8% em relação às demais regiões do país. O Sul vem em segundo lugar, com 51,6% das escolas privadas, o Centro-Oeste com 50%, o Norte com 38,8 % e o Nordeste com 31,8% (ver tabela 3.)

Em relação ao número de escolas privadas na região Sudeste, houve um aumento de dezesseis escolas, ou seja, 31,37%. Porém, comparando as demais regiões do país, observou-se que a região Nordeste obteve maior crescimento no número de escolas privadas, crescimento de 78,57% (aumento de onze escolas). Isso dá a entender que o grande crescimento de escolas privadas na região Sudeste foi significativo somente na década de 1960 (ver tabela 3).

A região Sul obteve crescimento de 31,35% (aumento de cinco escolas), a região Norte cresceu 71,4% (aumento de cinco escolas) e a região Centro-oeste aumentou 33,3% (duas escolas), perfazendo um total de incremento de 39 escolas no país, 41,4% em relação ao ano de 2003 a 2011 (ver tabela3).

Com referências às escolas públicas municipais, estaduais e federais, observa-se que a região Nordeste também obteve maior aumento. De um número de dezesseis escolas registradas em 2003, passou para trinta escolas, ou seja, teve um aumento de 46,6%. As regiões Norte (27,2%) e Sul (20%) obtiveram um aumento de três escolas públicas. Não foi observado aumento de escolas públicas na região Centro-Oeste de 2003 a 2011. O aumento total de escolas de Medicina públicas foi de 21 escolas, total de 25,6% (ver tabela 4).



TABELA 3: Comparativo crescimento 2003-2011 – escolas de Medicina privadas no Brasil.

Região	Nº escolas (2003)	Região	Nº escolas (2011)	Aumento Nº	Aumento %
Norte (2003)	02	Norte (2011)	07	5	71,4%
Nordeste (2003)	03	Nordeste (2011)	14	11	78,5%
Sul (2003)	11	Sul (2011)	16	5	31,2%
Sudeste (2003)	35	Sudeste (2011)	51	16	31,3%
Centro-Oeste (2003)	04	Centro-Oeste (2003)	06	2	33,3%
Total	55		94	39	41,4%

Fonte: Tabela preparada pela autora a partir de dados das fontes INEP/MEC.

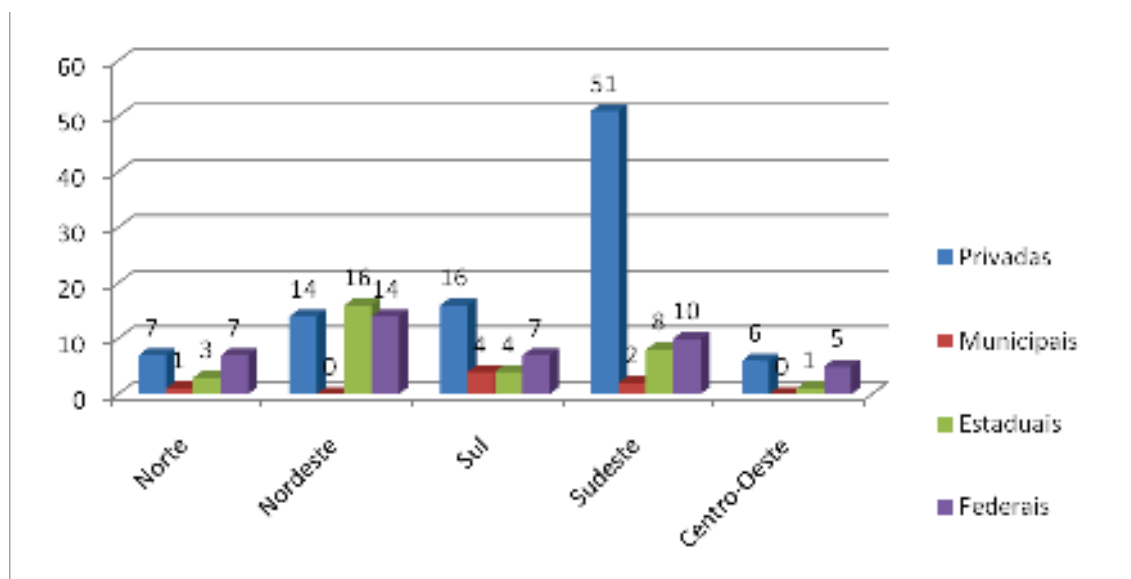
TABELA 4: Comparativo crescimento 2003-2011 – escolas de Medicina públicas no Brasil.

Região	Nº escolas (2003)	Região	Nº escolas (2011)	Aumento Nº	%
Norte (2003)	08	Norte (2011)	11	3	27,2%
Nordeste (2003)	16	Nordeste (2011)	30	14	46,6%
Sul (2003)	12	Sul (2011)	15	3	20%
Sudeste (2003)	19	Sudeste (2011)	20	1	5%
Centro-Oeste (2003)	6	Centro-Oeste(2003)	6	0	0%
Total	61		82	21	25,6%

Fonte :Tabela preparada pela autora a partir de dados das fontes INEP/MEC.

O gráfico apresentado a seguir complementa os dados referentes à distribuição dos cursos de Medicina por região e categoria administrativa no Brasil no período de março de 2011, já explicitados anteriormente por meio das tabelas anteriormente apresentadas.

GRÁFICO 1: Distribuição de cursos de Medicina por região e categoria administrativa. Brasil, março de 2011.



Fonte: Tabela preparada pela autora a partir de dados das fontes /INEP/MEC.



Como se observa, o aumento de escolas médicas no Brasil, em específico as privadas, foi significativo a partir da década de 1960. Paralelo a esse crescimento registrou-se, durante as décadas que se passaram, a criação de novos decretos, resoluções e diretrizes com o objetivo de melhorar o ensino médico no Brasil e, conseqüentemente, a formação de médicos generalistas compromissados com a saúde pública. Assim, a partir da Constituição Brasileira de 1988, que coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado e constitui um Sistema Único de Saúde (SUS), Lampert et al. (2009) afirmam que foram surgindo avanços relevantes para mudanças na prestação de serviços na área de saúde. As leis complementares e as normas operacionais básicas que se seguiram garantiram a evolução na estruturação desse sistema. As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação pelo Conselho Nacional de Educação do Ministério da Educação são exemplo disso.

Desde então, adquiriram expressividade diversos movimentos que colocaram em discussão o perfil do profissional formado nos cursos de Medicina em função da preocupação relativa à tendência à especialização precoce e ao ensino marcado, ao longo dos anos, por parâmetros curriculares baseados no relatório de Flexner. A ênfase na sólida formação em ciências básicas nos primeiros anos de curso, a organização minuciosa da assistência médica em cada especialidade, a valorização do ensino centrado no ambiente hospitalar enfocando a atenção curativa, individualizada e unicausal da doença foram criticadas por produzirem um ensino dissociado do serviço e das reais necessidades do sistema de saúde vigente.

Para Gonçalves e Benevides-Pereira (2009), o movimento de mais expressividade no sentido de mobilizar a comunidade acadêmica e as associações de classes profissionais envolvidas com o ensino médico talvez tenha sido o projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), criado em 1991. Esse projeto surgiu como uma alternativa à tentativa de impor um exame de ordem para o profissional formado antes de este iniciar a prática médica, nos moldes do que é realizado pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB). Tal movimento contou com a participação de onze entidades nacionais, quais sejam: Academia Nacional de Medicina, Associação Brasileira de Educação Médica, Associação Médica Brasileira, Sindicato Nacional dos Docentes de Ensino Superior, Associação Nacional dos Médicos Residentes, Conselho Federal de Medicina, Conselho de Reitores das Universidades Brasileiras, Conselhos Regionais de Medicinados (estados do Rio de Janeiro e de São Paulo), Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina e Federação Nacional dos Médicos.

Com a intenção de contribuir para transformar o ensino médico, o CINAEM estabeleceu como prioridade avaliar o curso como um todo – a estrutura física, o corpo docente, o projeto pedagógico e os estudantes – durante toda a formação, e não apenas ao final do curso. Essa avaliação foi realizada em um grande número de cursos que aderiram voluntariamente ao processo. Os resultados reafirmaram a necessidade de mudanças, fato que em muito contribuiu para intensificar o movimento de transformação das escolas médicas. Além disso, tem-se tentado melhorar o ensino médico com a inclusão de conteúdos que atendam às novas demandas resultantes do progresso científico e tecnológico, do aumento de informações a serem transmitidas no mesmo período de tempo e da necessidade de incluir conhecimentos em áreas correlatas.

O Programa de Incentivo às Transformações Curriculares nas Escolas Médicas (PROMED) surge nos anos de 2001 e 2002, como iniciativa do Ministério da Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde (OPS), objetivando incentivar as escolas médicas do país a melhorarem o seu ensino, tornando-o mais adequado às necessidades de saúde da população. Para Oliveira et al. (2008, p. 337):

O principal objetivo dos incentivos era oferecer cooperação técnica e/ou operacional para as escolas de graduação em medicina. A condição para isso era que as escolas deveriam se dispor a adotar processos de mudança nos currículos de seus cursos, com enfoque nas necessidades de saúde da população e do Sistema Único de Saúde. [...] o projeto também previa a adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e formação geral, crítica e humanística, além de abrir possibilidades de capacitação em torno de temas importantes para as mudanças.

O Programa Pró-Saúde surge após avaliação do Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares das Escolas Médicas PROMED com direcionamento às escolas médicas. Incentivou e manteve processos de transformação em dezenove escolas médicas brasileiras. Segundo dados fornecidos pelo portal da saúde do Ministério da Educação, este programa foi instaurado em 3 de novembro de 2005, por meio da Portaria Interministerial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, tendo em vista a aproximação entre a formação de graduação no país e as necessidades da atenção básica, que se traduzem no Brasil pela estratégia de saúde da família, promovendo a interação e a aproximação entre os mundos acadêmicos e o da prestação real dos serviços de saúde.

Conforme registram Gonçalves e Benevides-Pereira (2009, p. 486), como resultado dessas ações têm surgido várias propostas que apontam para:

a) criação de um currículo nuclear voltado para a formação do médico geral; b) associação, ao currículo 'flexneriano', de conhecimentos em ciências sociais; c) 'currículo centrado no indivíduo' e não na doença; d) integração entre as disciplinas do ciclo básico, clínico e internato; e) inclusão de disciplinas das ciências humanas, como psicologia, sociologia e antropologia.

Para os autores, vários são os pontos de consenso entre essas propostas, dentre os quais se podem citar: a centralização do ensino no estudante e na comunidade, rompendo com o hospitalocentrismo sem alijar o hospital de sua importância no processo de formação, porém utilizando outros cenários de prática; o ensino baseado em problemas, utilizando-se de casos reais ou fictícios, visando a integração de conteúdos e a garantia de uma aprendizagem efetiva, sistemática e baseada em evidências.

O ensino por problema surge como algo que contribui para a efetivação da mudança no modelo de formação, que, por sua vez, surge em decorrência de insuficiências do modelo flexneriano para atender aos novos modelos assistenciais e ao modelo de saúde oficial: SUS.

O que se propõe na atualidade são métodos nos quais o ensino e o aprendizado centram-se no aluno, com o objetivo de:

levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que pressupõe aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. (CNE/CES 1133/2001)

No que diz respeito à metodologia de ensino, Gonçalves e Benevides-Pereira (2009) nos dizem que houve um balanço geral da produção acadêmica sobre o ensino médico que permite verificar que vários cursos fizeram a opção pelo *Problem Based Learning* (PBL), ou seja, pelo aprendizado baseado em problemas, que é, antes de tudo, uma metodologia de aprendizagem que vem sendo utilizada há décadas em alguns países e que consiste, basicamente, em aprendizagem autoassistida, com a formação de pequenos grupos tutoriais, e na orientação para a comunidade. Nessa metodologia, a organização do conhecimento é feita sob três perspectivas – biológica, psicológica e populacional –, propondo o desenvolvimento de habilidades clínicas, de raciocínio crítico e da aprendizagem. A avaliação deve ser contínua e com a participação dos alunos e professores envolvidos no curso.

No PBL, os docentes desempenham funções variadas: tutor, facilitador, consultor, preceptor clínico, orientador, preceptor de laboratório, responsável por unidade de estudo, coordenador de turma e/ou pesquisador.

Para Gil (2008), independente de ter mais acompanhamento e rigidez na avaliação dos cursos pelo ENADE, atualmente as escolas de Medicina dispõem de mais liberdade e flexibilidade do que dispunham no passado para definir seus currículos, bem como para estabelecer os objetivos de seus cursos e disciplinas.

## 1.2 OS CURSOS DE MEDICINA EM GOIÁS E NO DISTRITO FEDERAL

Têm-se hoje, no estado de Goiás, três cursos de Medicina, localizados nas seguintes instituições de ensino: Universidade Federal de Goiás, Pontifícia Universidade Católica de Goiás e Centro Universitário de Anápolis-UniEVANGÉLICA.

No Distrito Federal, as instituições mantenedoras existentes até a presente data são: Escola Superior de Ciências da Saúde - Brasília-ESCS, Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central – Brasília, FACIPLAC, Universidade Católica de Brasília – UCB e Universidade de Brasília – UnB.

As informações sobre quais seriam os cursos de Medicina sediados no estado de Goiás e no Distrito Federal foram consultadas e localizadas nos sites do Ministério da Educação.

A seguir, apresenta-se quadro demonstrativo das informações pesquisadas.

QUADRO 2: Cursos de Medicina no estado de Goiás e no Distrito Federal.

<b>CURSOS DE MEDICINA NO ESTADO GOIÁS</b>	<b>DATA DE INÍCIO DE FUNCIONAMENTO DO CURSO</b>	<b>VAGAS 1º ANO</b>	<b>CARGA HORÁRIA MÍNIMA</b>	<b>ADMINISTRAÇÃO</b>
Universidade Federal de Goiás – UFG	21/04/1960	110	9.806	Federal
Pontifícia Universidade Católica de Goiás – PUC-GO	08/08/2005	80	8.070	Privada
Centro Universitário de Anápolis UniEVANGÉLICA	02/03/2008	100	7.456	Privada

<b>DISTRITO FEDERAL</b>	<b>DATA DE INÍCIO DE FUNCIONAMENTO DO CURSO</b>	<b>VAGAS 1º ANO</b>	<b>CARGA HORÁRIA MÍNIMA</b>	<b>ADMINISTRAÇÃO</b>
Universidade de Brasília – UnB	01/03/1962	76	7.095	Federal
Escola Superior de Ciências da Saúde – Brasília ESCS	10/08/2001	80	11.510	Estadual
Universidade Católica de Brasília – UCB	15/08/2001	80	7.500	Privada
Faculdades Integradas da União Educacional do Planalto Central - Brasília FACIPLAC	02/04/2002	70	8.334	Privada

Fonte: Ministério da Educação.

O quadro 02 confirma a informação de que, no período de 2000 a 2003, final do governo de Fernando Henrique Cardoso, houve grande proliferação de escolas médicas no país. Estas receberam do MEC autorização de funcionamento. As escolas ESCS, FACIPLAC e UCB foram iniciadas nesse período.

Não se pode vislumbrar aumento de escolas médicas privadas na Região Centro-Oeste na década de 1960, visto que a pesquisa evidenciou aumento significativo, nesse período, somente no Sudeste do país. O que se observou no estudo é que, na década de 1960, duas escolas de medicina públicas foram abertas, sendo estas a UFG e a UnB.

### 1.3 AS DIRETRIZES CURRICULARES PARA OS CURSOS DE MEDICINA

As Diretrizes Curriculares Nacionais – aprovada em 2001, surgem no cenário da educação superior, definindo, entre suas finalidades, o estímulo ao conhecimento dos problemas do mundo atual (nacional e regional) e a prestação de serviço especializado à população, estabelecendo com ela uma relação de reciprocidade. Tais prerrogativas foram reafirmadas pelas Diretrizes Curriculares para a maioria dos cursos da área de saúde, acolhendo a importância do atendimento às demandas sociais com destaque para o Sistema

Único de Saúde – SUS. Desde então, as instituições formadoras são convidadas a mudarem suas práticas pedagógicas, em uma tentativa de se aproximarem da realidade social e de motivar seu corpo docente e discente a tecer novas redes de conhecimentos.

Esse documento incentivou novas formas de organização curricular e de articulação entre ensino e serviços, indicando a necessidade de repensar o processo educativo e as práticas de saúde vivenciadas pelos profissionais. Sugere, também, alguns eixos, como a formação por competência, a flexibilização curricular, a pedagogia centrada no aluno.

No caso específico da educação médica, significa formar médicos com habilidades adequadas às exigências da carreira profissional, a ser exercida com responsabilidade e curiosidade científica, e que lhes permita recuperar a dimensão essencial do cuidado: a relação entre humanos. Nessa perspectiva, reestruturar os currículos e a prática pedagógica dos cursos de medicina implica seguir alguns princípios norteadores: a) formação humanística, ética e capacitação para atuar no processo saúde-doença nos diferentes níveis de atenção, considerando a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e as necessidades de saúde da população; b) priorização da formação na integralidade da assistência, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania; c) valorização de outros campos de saberes: saúde mental, humanismo, comunicação, economia da saúde, saúde pública, por meio de um processo de ensino-aprendizagem que privilegie o ensino da anamnese ampliada, com abordagem psíquica e contexto relacional e familiar, reforçando o compromisso com o sujeito e seu coletivo; d) fortalecimento do aprendizado na realidade, problematizando contradições entre a prática de atenção à saúde, centrada no modelo tradicional de assistência com foco nas doenças, e o processo de trabalho comprometido com a solução dos problemas de saúde, a prevenção de doenças e a promoção da qualidade de vida da população, levando a saúde para mais perto da família no contexto do SUS; e) construção de autonomia e postura investigadora, atualizada e crítica, tendo em vista a medicina como uma atividade de educação permanente; f) articulação e integração efetiva entre as áreas clínicas, básicas e a saúde coletiva; g) fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, na perspectiva de garantir a necessária articulação de saberes para uma assistência resolutiva e de qualidade.

No que diz respeito à Educação Superior na área da saúde, objetiva-se a formação geral e específica dos egressos/profissionais com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde. O CNE/CES 1133/2001 afirma que os currículos propostos devem formar um profissional que tenha um perfil que apresente competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens do mundo atual, estando adequado às

referências nacionais e internacionais, e atuantes no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira. Segue a seguir citação do CNE/CES 1133/2001:

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades.

É o novo papel que se impõe à universidade contemporânea. Trata-se de sua função social, aquela que se orienta pelo direito de todas as pessoas à vida digna, sendo fundamental que a universidade, por todas as suas ações, busque o equilíbrio entre vocação técnico-científica e vocação humanística (ForGRAD, 1999).

Para Almeida et al. (2007), as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) dos cursos da área da saúde, em específico dos cursos de graduação em Medicina, foram construídas com o intuito de suprir as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Podem ser consideradas como o resultado de uma importante mobilização dos educadores da área da saúde no país, vindo substituir a Resolução n. 8, de 8 de outubro de 1969, do extinto Conselho Federal de Ensino Médico, documento que regia a educação médica no Brasil e fixava os conteúdos mínimos e a duração do curso (GONÇALVES e BENEVIDES-PEREIRA, 2009).

As novas diretrizes curriculares propõem investimentos na aprendizagem centrada no estudante, com ênfase na problematização, e sugerem a “articulação entre ensino, a pesquisa e a extensão/assistência”. Nessa perspectiva, apresentam o perfil do profissional a ser formado, conforme se depreende das palavras de Almeida et al. (2007, p. 15):

Também propõem um perfil profissional com uma boa formação geral, humanista, crítico e reflexivo, capacitado a atuar de uma outra perspectiva da assistência, por meio de Projetos Político Pedagógicos (PPP) construídos coletivamente pelos atores do curso nas Instituições de Ensino Superior (IES) e que utilizem metodologias de ensino-aprendizagem centradas no estudante, em diferentes cenários, conforme necessidades apontadas em vários estudos.

O art. 12 da Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001, ressalta, em relação à estrutura do curso de graduação em Medicina, que este deve:



[...] ter como eixo do desenvolvimento curricular as necessidades de saúde dos indivíduos e das populações referidas pelo usuário e identificadas pelo setor saúde;

- utilizar metodologias que privilegiem a participação ativa do aluno na construção do conhecimento e a integração entre os conteúdos, além de estimular a interação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência;
- incluir dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno atitudes e valores orientados para a cidadania;
- promover a integração e a interdisciplinaridade em coerência com o eixo de desenvolvimento curricular, buscando integrar as dimensões biológicas, psicológicas, sociais e ambientais; inserir o aluno precocemente em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional;
- utilizar diferentes cenários de ensino-aprendizagem permitindo ao aluno conhecer e vivenciar situações variadas de vida, da organização da prática e do trabalho em equipe multiprofissional;
- propiciar a interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início de sua formação, proporcionando ao aluno lidar com problemas reais, assumindo responsabilidades crescentes como agente prestador de cuidados e atenção, compatíveis com seu grau de autonomia, que se consolida na graduação com o internato;
- vincular, através da integração ensino-serviço, a formação médico-acadêmica às necessidades sociais da saúde, com ênfase no SUS.

O art. 10 da Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001, ressalta:

As Diretrizes Curriculares e o Projeto Pedagógico devem orientar o Currículo do Curso de Graduação em Medicina para um perfil acadêmico e profissional do egresso. Este currículo deverá contribuir, também, para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

Aguiar (2001) ressalta que as novas diretrizes trouxeram um avanço para que gradativamente se supere o modelo flexneriano, em que a base científica foi desvinculada da prática médica, acarretando na fragmentação do conhecimento e carência nos aspectos psicossociais e culturais que permeiam o exercício da Medicina. A autora também destaca que a educação médica tradicional, centrada no professor, é ineficiente na preparação de profissionais críticos e aptos a lidar com mudanças rápidas e constantes na base de conhecimento.

Desse modo, entende-se o movimento atual dos cursos de medicina na direção de um currículo integrado, baseado nos grandes eixos integradores, e não nas disciplinas especializadas. Para esse nível de formação, Dohms e Silveira (2006) consideram imprescindível trabalhar com variadas metodologias de ensino-aprendizagem, com o intuito de formar profissionais atuantes, éticos e críticos em relação à realidade em que vivem.



Considerando-se que a graduação dura somente alguns anos, enquanto a atividade profissional pode permanecer por décadas, e que os conhecimentos e competências vão se transformando velozmente, torna-se essencial pensar em uma metodologia que possa contribuir para formar profissionais como sujeitos sociais dotados de conhecimentos, competências éticas, responsabilidade e sensibilidade para com as questões da vida e da sociedade, capacitando-os para intervirem em contextos de incertezas e complexidades. Nessa perspectiva, duas concepções metodológicas, que serão abordadas no próximo capítulo, vêm sendo reconhecidas como possibilitadoras da integração ensino e serviço de saúde: o ensino pela problematização e a organização curricular em torno da Aprendizagem Baseada em Problemas – ABP.

## CAPÍTULO 2

### **METODOLOGIAS ATIVAS DE ENSINO-APRENDIZAGEM: UMA ALTERNATIVA PARA A FORMAÇÃO MÉDICA**

Neste capítulo serão abordados os pressupostos epistemológicos e as características de duas propostas metodológicas que enfatizam a ação de problematizar, adotadas no ensino superior na área da saúde (em específico nos cursos de Medicina): a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e a Metodologia da Problematização (MP).

Para o desenvolvimento do capítulo foram tomadas como referência as contribuições de autores como Berbel (1998), Martins et al. (2006), Mitre et al. (2008), Dewey (1952), Freire (1996), Cunha (1994), Zanotto (2003), Libâneo (2009), Freitas (2010), Cyrino e Toralles-Pereira (2004), dentre outros. Inicialmente, considerando a orientação de Paulo Freire, segundo a qual toda vez que formos tratar de um tema – seja em exposição oral, seja por escrito – é necessário, em primeiro lugar, definir com clareza e precisão o significado da categoria que constitui a temática em estudo. Serão apresentadas considerações sobre a categoria metodologia, com a intenção de explicitar nosso entendimento acerca da mesma. Em seguida, serão abordadas as concepções metodológicas que constituem o foco deste capítulo: Aprendizagem Baseada em Problemas e Metodologia da Problematização. Ao considerar a produção acadêmica sobre essas metodologias, foram acrescentadas considerações sobre as experiências da ABP e da MP nos cursos de Medicina no Brasil

#### 2.1 METODOLOGIA DE ENSINO

O termo metodologia é controverso, polêmico e empregado em diferentes situações. Em geral, costuma-se definir metodologia como o conjunto dos métodos de pesquisa e empregá-la confundindo-a com a utilização de estratégias ou instrumentos e recursos utilizados pelas diferentes áreas do conhecimento.

Divergindo dessa posição, compartilha-se do entendimento segundo o qual metodologia diz respeito à concepção de mundo do pesquisador, sua visão da realidade, da ciência, que orienta a condução da atividade de pesquisa, de ensino e de aprendizagem.

É a sistematização das formas de ver o real, a representação lógica e racional do entendimento que se tem do mundo e da vida. Refere-se, portanto, a posturas filosóficas, ao posicionamento quanto às questões da lógica, à ideologia e à posição política do pesquisador. É a opção por um sistema filosófico que expressa uma determinada concepção de mundo, que fundamenta as diferentes abordagens teórico-metodológicas, as quais baseiam a produção do conhecimento nas diversas áreas científicas. Nesse sentido, a metodologia constitui o elemento de relação entre os vários campos do conhecimento científico. Em síntese, é uma concepção de mundo normatizada e orientada para a condução da pesquisa, do processo de ensino-aprendizagem; é a aplicação de um sistema filosófico à atividade de ensino-aprendizagem. Define, portanto, os caminhos a serem trilhados no processo de construção do conhecimento, de acordo com pressupostos básicos de uma concepção teórico-metodológica que norteia a produção do conhecimento.

No campo da educação escolar, a metodologia de ensino é decorrente da posição assumida pelo professor por uma abordagem pedagógico-didática, vinculada a um sistema filosófico que expressa valores sociais e educacionais.

Essa opção orienta a organização do processo de ensino e aprendizagem, a elaboração dos objetivos sociopolíticos e pedagógicos, a seleção dos conteúdos e métodos necessários à organização do trabalho docente. É a metodologia de ensino que possibilita a construção de novas formas de organização do trabalho pedagógico da instituição educativa e da sala de aula em suas conexões com a organização social mais ampla. Nesse sentido, Veiga (2004) adverte que uma metodologia de ensino será válida se ela estiver assentada nos fundamentos de um projeto político-pedagógico voltado para a emancipação humana e com o compromisso de construção de um novo projeto de sociedade.

A opção por uma metodologia de ensino não se realiza *a priori*. Também não se limita a simples aplicação de técnicas em determinado momento da prática pedagógica. Ela envolve toda uma teia de interações que se estabelece entre professor-aluno e alunos-alunos, durante o processo de construção do conhecimento pelo aluno mediado pelo professor. Pressupõe a utilização de métodos, procedimentos de ensino e diferentes recursos pedagógicos que possibilitam o desenvolvimento do pensamento dos alunos.

Nesse sentido, a metodologia de ensino constitui-se elemento pedagógico didático que articula os objetivos de ensino e aprendizagem aos conteúdos/saberes, à avaliação. Deve estar

teórica e empiricamente fundamentada em uma concepção de sociedade, de homem, de educação e de ensino e aprendizagem que em determinados períodos históricos influenciaram profundamente a educação, se configurando nas tendências pedagógicas. Portanto, selecionar e utilizar metodologias de ensino requer lançar o olhar e mergulhar em todo construto teórico-prático que fundamenta a prática pedagógica escolar.

Mesmo considerando que todo problema pedagógico não pode ser reduzido à problemática didático-metodológica da prática educativa, postulamos que a seleção e utilização das metodologias têm um papel fundamental no desenvolvimento das práticas pedagógicas, no estabelecimento da relação teoria e prática e, principalmente, na forma de condução do processo de ensino e aprendizagem.

Uma opção clara pela metodologia de ensino constitui um requisito fundamental para o êxito do processo de ensino e de aprendizagem. Essa opção define os caminhos a serem trilhados, seus pressupostos, suas metas, o que representa a garantia da coerência no percurso, pois revela o controle lógico e a consciência que o professor tem dos instrumentos de seu trabalho. Com esse entendimento, buscaremos apresentar, a seguir, os fundamentos teórico-metodológicos e as principais características de duas abordagens metodológicas que na atualidade orientam os projetos pedagógicos dos cursos de Medicina em estudo.

## 2.2 APRENDIZAGEM BASEADA EM PROBLEMA

Segundo Decker e Bouhuijs (2009), a origem da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)<sup>2</sup>, ou *Problem Based Learning* (PBL), está relacionada às experiências de um grupo de educadores que compartilhavam uma visão crítica do ensino tradicional, particularmente daqueles relacionados à educação de adultos. Diante de tais iniciativas, em 1960 inicia-se o desenvolvimento da ABP como alternativa para a reestruturação do currículo da escola médica da Universidade de McMaster, em Hamilton (Canadá), e, pouco depois, na Universidade de Maastricht (Holanda) (MAMEDE e PENAFORTE et al., 2001).

A partir do pioneirismo da Universidade de McMaster, no Canadá, no final dos anos de 1960, o modelo da ABP passou a ser objeto de discussão no âmbito dos cursos de Medicina. Essas discussões em muito contribuíram para modificar a forma como muitas

---

<sup>2</sup> Fez-se a escolha do termo ABP (Aprendizagem Baseada em Problemas) no decorrer dos capítulos.

escolas médicas de todo o mundo concebiam e implementavam seus currículos. Desde então, universidades norte-americanas, europeias e brasileiras têm adotado essa metodologia, inicialmente nos cursos da área da saúde e, em seguida, nos cursos de engenharia, economia, psicologia, arquitetura, física, química e biologia, entre outros.

Alencar e Junior (2011) informam que no Brasil, a partir da década de 1990, as instituições pioneiras na implantação da ABP foram a Faculdade de Medicina de Marília, no Curso de Medicina e a Universidade Estadual de Londrina.

Para Cyrino e Toralles-Pereira (2004), a origem ou implementação da ABP nesses cursos está relacionada com o movimento de reação aos currículos das escolas médicas, organizados com base no modelo flexneriano e na busca de consonância com as propostas das Diretrizes Curriculares Nacionais.

### **2.2.1 Fundamentos teóricos da Metodologia Baseada em Problemas**

Mamede e Penaforte et al. (2001, p. 53) questionam “que concepções nascidas da filosofia e da psicologia precederam e possibilitaram que essa nova forma de pensar a educação viesse a existir?”. Sabe-se que as novas propostas não surgem ao acaso.

Inicialmente, ao se elaborar um currículo para a escola médica com base na ABP, não se buscou amparo em nenhum fundamento teórico na área da psicologia educacional ou das ciências cognitivas. Acreditava-se que só por meio da experiência os alunos sentir-se-iam estimulados e teriam a percepção da grandiosidade dos conteúdos que estavam aprendendo para então, futuramente, assumirem responsabilidades.

Porém, nos últimos anos essa visão mudou e tem-se buscado similaridade dos conceitos educacionais apresentados pela ABP com as concepções de alguns teóricos que muito contribuíram em tempos anteriores.

Ribeiro (2008) nos diz que esse vínculo se iniciou com as ideias de teóricos muito diferentes entre si, como Ausubel, Bruner, Dewey, Piaget, Rogers, entre outros. No entanto, na opinião do autor, há na ABP a prevalência de conceitos da psicologia cognitiva piagetiana.

Freitas (2010) também identificou na ABP princípios do construtivismo piagetiano. Dentre eles, destaca a interação e o conflito cognitivo e o processo individual do conhecimento.

Para Mamede e Penaforte et al. (2001), a origem filosófica da ABP encontra-se na teoria do conhecimento do filósofo americano John Dewey, que se afirma entre o último

decênio do século XIX e o terceiro decênio do século XX por meio de movimentos como a Escola Nova e o movimento ativista.

Para Cyrino e Toralles-Pereira (2004), a proposta educativa de Dewey ressalta que a aprendizagem deve partir de problemas ou situações que intencionam gerar dúvidas, desequilíbrios ou perturbações intelectuais. Valoriza experiências concretas e problematizadoras, com forte motivação prática e estímulo cognitivo para solicitar escolhas e soluções criativas. Dewey (1971, p. 82) afirma que é de responsabilidade do educador ter sempre em vista que o problema surja das condições da experiência presente e esteja dentro da capacidade dos estudantes, sendo tal que desperte no aprendiz uma busca ativa por informação e por novas ideias.

Para Dewey (idem), o conceito central deste teórico era experimentar e provar. Com base nas experiências que prova, a experiência educativa torna-se para a criança um ato de constante reconstrução. Cunha (2001) afirma que é frequente encontrarmos, na obra do filósofo John Dewey, referência a noções como movimento, transformação e mudança, seja para caracterizar a sociedade, o indivíduo ou a escola.

Dewey (1971, p. 32) ressalta que para a educação ser baseada em experiências é preciso que o professor se familiarize intimamente com as condições físicas, históricas, econômicas, ocupacionais e outras da comunidade local, para poder, então, utilizá-las como recurso educativos.

Freitas (2002) argumenta que na ABP a presença de ideias de John Dewey se expressa principalmente no método de pensamento reflexivo. Segundo a autora, a partir de Dewey (1959), o pensamento reflexivo, acionado pela experiência, visa a condução de problemas práticos gerados a partir dessa experiência e com apoio em evidências de conhecimentos já adquiridos.

Embora Dewey não dispense o conhecimento sistematizado, compreende-o de forma colateral no processo de aprendizagem, na medida em que o concebe como uma consequência natural do “aprender a aprender”. Daí a ênfase em por o aluno para pensar e atuar individualmente em função da resolução do problema, tendo, como finalidade, a aprendizagem.

## 2.2.2 Características da Aprendizagem Baseada em Problemas

Conforme Sakai e Lima (apud BERBEL, 1998, p. 145), a Aprendizagem Baseada em Problemas,

[...] é o eixo principal do aprendizado teórico do currículo de algumas escolas de Medicina, cuja filosofia pedagógica é o aprendizado centrado no aluno. É baseado no estudo de problemas propostos com a finalidade de fazer com que o aluno estude determinados conteúdos. Embora não constitua a única prática pedagógica, predomina para o aprendizado de conteúdos cognitivos e integração de disciplinas.

Cyrino e Toralles-Pereira (2004) sugerem que essa proposta deva direcionar toda a organização curricular de um curso, exigindo mais movimento do corpo docente, administrativo e acadêmico da instituição para desenvolvê-la, pois sua utilização demanda alterações estruturais e trabalho integrado dos diversos departamentos e disciplinas que compõem o currículo dos cursos. Para Berbel (1998), os conteúdos de ensino devem ser tratados de modo integrado e seu estudo desenvolvido essencialmente na biblioteca, onde os alunos terão tempo destinado à busca de seus objetivos, com base nos problemas levantados.

Cyrino e Toralles-Pereira (2004) relatam que, por meio de um currículo integrado, radicaliza-se a ideia de interdisciplinaridade, já que é possível, sem eliminar conteúdos, suprimir as próprias disciplinas como hoje as conhecemos. Nesse método, não há possibilidade de o professor, no contexto de um currículo marcadamente profissional, desejar um trabalho isolado em uma disciplina ou em um conjunto de disciplinas.

A Aprendizagem Baseada em Problema, para Dahle et al. (2009), é uma proposta que trouxe grande interesse na área educacional, em específico aos cursos de Medicina, porque o método oportuniza e incentiva o contato com pacientes desde o início do curso, além da ênfase no aperfeiçoamento de habilidades e da comunicação.

Segundo Decker e Bouhuijs (2009, p. 188), os objetivos educacionais na APB direcionam os alunos

[...] a desenvolver uma abordagem sistemática para a solução de problemas da vida real utilizando habilidades mentais superiores, como aquelas relacionadas à resolução de problemas, ao pensamento crítico e a tomada de decisões; a adquirir uma base ampla de conhecimentos integrados, que possam ser acessados e aplicados a diferentes situações; desenvolver habilidades para a aprendizagem autodirigida, identificando o que é preciso aprender, localizando e utilizando recursos apropriados, aplicando a nova

informação, conhecimento na resolução de problemas; desenvolver atitudes e habilidades necessárias para o trabalho efetivo em equipe. [...] adquirir o hábito permanente de abordar um problema com iniciativa e diligência, mantendo a propensão para a aquisição dos novos conhecimentos e habilidades necessárias para a sua resolução; desenvolver o hábito da autorreflexão e auto-avaliação, que lhes permita considerar honestamente seus pontos fortes e suas fraquezas, bem como estabelecimento de metas realísticas.

Mitre et al. (2008) pontuam como principais aspectos da ABP: (1) a aprendizagem significativa; (2) a indissociabilidade entre teoria e prática; (3) o respeito à autonomia do estudante; (4) o trabalho em pequenos grupos; (5) a educação permanente; (6) a avaliação formativa. A seguir, tentar-se-á explicar os aspectos citados por Mitre et al. (idem), por meio da explicação da metodologia na prática.

A metodologia se inicia com a formação do grupo tutorial de apoio para os estudos. O grupo tutorial é composto de um tutor e de oito a dez alunos. Dentre os alunos, um será o coordenador e outro será o secretário, fazendo rodízio de sessão a sessão para que todos desempenhem essas funções (BERBEL, 1998). Os estudantes, organizados em pequenos grupos com o apoio de um facilitador, se defrontam com um problema (uma breve descrição de fenômenos ou eventos) que habitualmente pode ser observado na vida real e que requer uma explicação, em termos de seus mecanismos ou processos subjacentes, ou uma ação (ou conjunto de ações) para ser solucionada. O problema constitui o ponto de partida do processo de aprendizado (CAPRARA; SOARES e SERAPIONI, 2001). Ao ler os problemas, é preciso seguir os passos: a) leitura atenta do problema e esclarecimento dos termos desconhecidos; b) identificação das questões (problemas) propostas pelo enunciado; c) apresentação de explicações para essas questões com base no conhecimento prévio que o grupo tem sobre o assunto; d) resumo dessas explicações; e) definição dos objetivos de aprendizagem que levem o aluno ao aprofundamento e complementação dessas explicações; f) estudo individual respeitando os objetivos alcançados; g) rediscussão no grupo tutorial sobre os avanços do conhecimento obtidos pelo grupo.

O problema, o trabalho em grupos tutoriais e o estudo individual são componentes fundamentais da ABP. A cada sessão de tutoria se inicia ou se encerra um problema. Durante a abertura, um problema é apresentado a um grupo de alunos por um professor-tutor. O debate do problema impulsiona o levantamento de hipóteses para explicá-lo. A partir de então, objetivos serão traçados para melhor estudá-lo. O estudante sai da sessão de tutoria com a responsabilidade de pesquisar sobre o assunto e sobre os objetivos apresentados. Após os estudos, voltam para a próxima sessão tutorial a fim de apresentarem suas pesquisas. Os



componentes do grupo apresentam seus resultados uns para os outros e, havendo nova discussão, far-se-ão, com a ajuda do tutor, a síntese e a aplicação do novo conhecimento. O trabalho pode ocorrer de forma individual ou em grupo, como produto das atividades individuais. O grupo de tutoria constitui um fórum de discussão que possibilita uma aprendizagem sobre a oportunidade para aprender a ouvir, receber e assimilar críticas (CYRINO e TORALLES-PEREIRA, 2004).

Para Engel, Majoor e Vluggen (1999), a metodologia implica currículos integrados (entre os ciclos básico e clínico), organizados por módulos de ensino (em substituição a currículos estruturados em e por disciplinas), com relações mais horizontais e democráticas entre alunos e professores, fundamentando-se em uma filosofia educacional que supere a pedagogia da transmissão e que adote a pedagogia crítico-reflexiva na construção do conhecimento.

O professor dito “tutor” tem papel crucial na condução da metodologia por permitir que estudantes se apropriem do problema com autonomia e independência, sem impor processos ou metodologias de trabalho (DECKER e BOUHUIJS, 2009). A qualidade do sucesso nas sessões tutoriais está relacionada com a competência desta na utilização do recursos e das habilidades do ensino. O professor-tutor deve ser encarado como um facilitador que desempenha seu papel, fundamentalmente, por meio da apresentação de questões e de interrogações que ajudem o grupo a refletir de forma mais aprofundada sobre suas proposições e auxiliem na percepção de aspectos a serem mais bem esclarecidos (CAPRARA; SOARES e SERAPIONI, 2001). Seu papel, para Cyrino e Toralles-Pereira(2004), consiste também em suscitar, na postura do estudante, uma atitude de verdadeira investigação, evitando a prática de “matar charadas”, na qual o problema é tratado como um mero exercício de raciocínio imediato. Complementado por Decker e Bouhuijs (2009), deve também estimular o aluno a encontrar as próprias respostas por meio de discussão em grupo, leitura de livros e artigos, consulta a especialistas, etc. Para Engel, Majoor e Vluggen (1999), a educação deve estar sempre voltada para o estudante, que, com o apoio do professor, deve ter total responsabilidade pelo seu autoaprendizado. A ênfase, nessa estratégia, é a busca ativa de informações e habilidades pelo estudante. A ele compete definir as melhores formas e o ritmo dos estudos, bem como a avaliação do progresso da sua formação.

A relação tutor e aluno deve ser favorável, havendo diálogo e confiança na relação para que o acadêmico tenha segurança de expressar-se diante do grupo durante as sessões. O papel dele, nesse processo, deve ser, principalmente, o de buscar informações sobre o problema, fazendo estudo individual, em grupo, trazendo como finalização respostas para os

objetivos elaborados durante a discussão do problema apresentado pelo tutor-facilitador. Ele deve expor seus estudos e resultados para os colegas. Todos devem exercitar o hábito de falar em público desde cedo e solidificarem as relações interpessoais.

Considerando que para CAPRARA; SOARES e SERAPIONI (2001) um dos pressupostos básicos do ABP é o desenvolvimento da aptidão do estudante para conduzir, de forma autônoma, seu próprio processo de aprendizagem, não se espera que os professores detenham total controle sobre as definições de objetivos, recursos e métodos de aprendizagem.

Por ser a ABP uma metodologia centrada no aluno, reconhece-se que as oportunidades de aprendizagem devem ser relevantes aos alunos e que esses precisam ter autonomia para elaborar objetivos. Segundo Ribeiro (2008), deve-se delegar aos alunos autoridade, com responsabilidade sobre a aprendizagem, durante os encontros tutoriais, para que se tornem aprendizes por toda vida. Para o autor (idem, p. 36), assumir a responsabilidade de sua própria aprendizagem significa que ele deverá assumir as seguintes posturas e tarefas:

Exploração do problema, levantamento de hipóteses, identificação de questões de aprendizagem e elaboração das mesmas; tentativa de solução de problema com o que sabem, observando a pertinência de seu conhecimento atual; identificação do que não sabem e do que precisam saber para solucionar o problema; priorização das questões de aprendizagem, estabelecimento de metas e objetivos de aprendizagem, alocação de recursos de modo a saberem o que, quando e quanto é esperado deles; planejamento e delegação de responsabilidades para estudo autônomo da equipe; compartilhamento eficaz do novo, de forma que todos os membros aprendam os conhecimentos pesquisados pela equipe; aplicação do conhecimento na solução do problema; avaliação do novo conhecimento, da solução do problema e da eficácia do processo utilizado e reflexão sobre o processo.

Destacam-se, no quadro a seguir, as principais diferenças entre os papéis dos alunos e docentes na sala de aula convencional e na ABP:

QUADRO 3: Comparativo das ações docentes e discentes na metodologia convencional e na Aprendizagem Baseada em Problemas(ABP).

<b>METODOLOGIA CONVENCIONAL</b>	<b>METODOLOGIA ABP</b>
Docente assume papel de especialista ou autoridade formal.	Papel do docente é de facilitador, orientador, coaprendiz, mentor ou consultor profissional.
Docentes trabalham isoladamente.	Docentes trabalham em equipes que incluem outros membros de escola-universidade.
Docentes transmitem informações aos alunos	Alunos responsabilizam-se pela aprendizagem e criam parcerias entre colegas e professores.

[continuação quadro 3]

Docentes organizam os conteúdos na forma de palestras, com base no contexto da disciplina.	Docentes concebem cursos baseados em problemas com fraca estruturação, delegam autoridade com responsabilidade aos alunos e selecionam conceitos que facilitam a transferência de conhecimentos pelos alunos; aumentam a motivação dos alunos pela colocação de problemas do mundo real e pela compreensão das dificuldades dos alunos.
Docentes trabalham individualmente nas disciplinas.	Estrutura escolar é flexível e oferece apoio aos docentes; Docentes são encorajados a mudar o panorama instrucional e avaliativo mediante novos instrumentos de avaliação e revisão por pares.
Alunos são vistos como tabula rasa ou receptores passivos de informação.	Docentes valorizam os conhecimentos prévios dos alunos, buscam encorajar a iniciativa dos alunos e delegam autoridade com responsabilidade aos alunos.
Alunos trabalham isoladamente.	Alunos interagem com o corpo docente de modo a fornecer <i>feedback</i> imediato sobre o curso, com a finalidade de melhorá-lo continuamente.
Alunos “absorvem”, transcrevem, memorizam e repetem informações para realizar tarefas de conteúdo específico, tais como questionários e exames.	Docentes concebem cursos baseados em problemas com fraca estruturação que preveem um papel para o aluno na aprendizagem.
Aprendizagem é individualista e competitiva.	Aprendizagem ocorre em um ambiente de apoio e colaboração.
Alunos buscam a resposta correta para obter sucesso em uma prova.	Docentes desencorajam a resposta correta única e ajudam os alunos a delinear questões, equacionarem problemas, explorarem alternativas e tomarem decisões eficazes.
Desempenho avaliado com relação a tarefas de conteúdo específico.	Alunos identificam, analisam e resolvem problemas, utilizando conhecimentos de cursos de experiências anteriores, em vez de simplesmente lembrá-los.
Avaliação de desempenho escolar é somativa e o instrutor é o único avaliador.	Alunos avaliam suas próprias convicções, além de outros membros e do grupo, como um todo.
Aula fundamentada em comunicação unilateral; informação é transmitida a um grupo de alunos.	Alunos trabalham em grupos para resolver problemas; alunos adquirem e aplicam conhecimentos em contextos variados; alunos encontram seus próprios recursos e informações, orientados pelos docentes; alunos buscam conhecimentos e habilidades relevantes a sua futura prática profissional.

Fonte: Ribeiro (2008, p. 38 e 39).

## 2.3 A METODOLOGIA DA PROBLEMATIZAÇÃO

Segundo Pereira (2003), a Metodologia da Problematização originou-se no Brasil nos movimentos de educação popular ocorridos no final dos anos 1950 e início dos anos 1960. Durante o ano de 1964, quando ocorreu o golpe militar, o referido movimento foi paralisado, só retornando por volta dos anos 1970 e 1980. Nessa época, não havendo mais repressão política, muitos educadores se envolveram em estudos na busca de uma educação crítica.

Internacionalmente, metodologias problematizadoras surgiram na área da saúde por volta de 1980. Nessa época, buscava-se um currículo problematizador que explicasse com exatidão como os estudantes aprendem e quais seriam as habilidades cognitivas e afetivas que estariam sendo adquiridas por eles. Segundo Feletti (1993 apud CYRINO e RIZZATO, 2004), uma proposta foi implementada na Enfermagem, na Universidade do Havaí, nomeada como “ensino baseado na investigação” (*inquiry based learning*), que incluía uma abordagem interdisciplinar de aprendizagem e solução de problemas, pensamento crítico e responsabilidade do aluno pela sua própria aprendizagem.

### 2.3.1 Fundamentos teóricos da Metodologia da Problematização

De acordo com os autores Berbel e Colombo (2007 apud FREITAS, 2010), as primeiras referências acerca da Metodologia da Problematização datam de 1977. Eles relatam que o Arco de Maguerez, base da Metodologia da Problematização, foi divulgado no livro intitulado *Estratégias de Ensino-aprendizagem*, de Bordenave e Pereira, publicado pela primeira vez no Brasil em 1977. Posteriormente, a metodologia apresentada no referido livro foi alicerçada nas ideias de Paulo Freire, resultando na versão atual da Metodologia da Problematização, amplamente utilizada principalmente nos cursos de graduação.

O trabalho de Paulo Freire remonta aos anos finais da década de 1950 e de 1960, quando surgiram os movimentos sociais populares. Uma das ideias centrais da Metodologia da Problematização é a de que a educação deve instrumentalizar os alunos para a reflexão crítica, visando uma mudança da realidade (FREITAS; 2010, p. 3).

Um dos maiores feitos desse educador foi seu método de alfabetizar adultos. O método alicerçava-se na criação de temas geradores, que devem surgir da realidade vivida pelos

estudantes. Para realizar a seleção dos temas, Paulo Freire pregava a inexistência da neutralidade, ou seja, o educador pode e deve selecionar temas e contextualizá-los politicamente, buscando formar o espírito questionador do aluno e, assim, contribuir para a sua formação crítica e transformadora, capacitando-o a realizar intervenções na sociedade em que vive (SILVA, 2006, p. 29).

O diálogo também é elemento direcionador para a pedagogia de Paulo Freire, sendo crucial para que metodologia da problematização ocorra, ou seja, é pelo diálogo que se estabelece o entendimento mútuo entre os homens, já que este permite a descoberta de tudo ao redor, é quando os seres tomam consciência de si e do outro. Na metodologia da problematização, o ensino é realizado na forma de trabalho educativo, por meio dos grupos de discussão. Para Pereira (2003, p. 153), “o professor está no mesmo patamar de importância em relação aos alunos, visto que seu papel é estimular a discussão”. Dessa forma, o método de ensino baseia-se na relação dialógica entre os atores da aprendizagem, tanto alunos quanto professor.

De acordo com Freire (1987, p. 45), “o diálogo é uma exigência, é o encontro em que se solidariza o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados do mundo a ser transformado e humanizado, e não um ato de depositar ideias de um sujeito no outro”.

As posições defendidas por Paulo Freire instigam os educadores para a vivência de uma postura fundamentada no compromisso de ajudar as pessoas a desenvolver seu potencial humano, e não simplesmente treiná-las para a adaptação na sociedade. Segundo Silva e Delizoicov (2008, p. 23):

Trata-se de uma prática docente cujo eixo estruturador é a problematização, entendida em duas dimensões: 1 - como busca de situações que envolvem a necessidade da emancipação do ser humano, as quais se tornariam os problemas a serem abordados no processo formativo, com a consequente contribuição que podem dar os conhecimentos da área de saúde; 2 – como procedimento mediador do diálogo entre conhecimento prévio do aluno e o conhecimento científico do professor em torno das situações eleitas como problemas.

É nessa perspectiva que a prática de ensino problematizador evidencia o grande significado de dois princípios: “o compromisso por uma educação libertadora, no sentido do desenvolvimento da autonomia do indivíduo, e o princípio da dialogicidade como exercício pedagógico constantemente em construção daquela prática” (FREIRE, 2004 apud SILVA e DELIZOICOV, 2008, p. 23).

Cyrino e Toralles-Pereira (2004, p. 783) ressaltam que na problematização há também um caráter político, porque os problemas, obtidos pela observação da realidade, manifestam-se para alunos e professores em todas as suas contradições, buscando-se sempre uma postura crítica de educação. Educação e investigação temática aparecem como momentos de um mesmo processo. O conteúdo deve estar sempre se renovando e ampliando, inserido criticamente na realidade, não uma realidade estática, mas em transformação, com todas as suas contradições. Criam-se, dessa forma, desafios cognitivos permanentes para estudantes e professores.

Cyrino e Toralles-Pereira (2004, p. 783) nos dizem, com referência a Paulo Freire, que quanto mais o professor possibilitar aos estudantes perceberem-se como seres inseridos no mundo, tanto mais se sentirão desafiados a responder aos novos desafios. Ensinar, aprender e pesquisar lida com “dois momentos do ciclo gnosiológico: o no que se ensina e se aprende o conhecimento já existente e no que se trabalha a produção do conhecimento ainda não existente” (FREIRE, 1996, p. 28).

Para Berbel (1998, p. 144), a problematização “constitui uma verdadeira metodologia, entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes”. Segundo Cyrino e Toralles-Pereira (2004), a educação problematizadora busca interpretar a realidade voltando-se à criação de espaços contra-hegemônicos e contestatórios que possibilitem crítica, algumas vezes radical, à realidade estudada. Constatando e conhecendo os problemas, tornamo-nos capazes de intervir na realidade. Essa é a força da problematização, é como Paulo Freire sempre nos dizia em vários textos escritos “a possibilidade de romper com uma leitura de dominação”. Como aponta Berbel (1998, p. 145), “está presente, nesse processo, o exercício da práxis e a possibilidade de formação da consciência da práxis”.

É nessa perspectiva que a prática de ensino problematizador evidencia o grande significado de dois princípios: o compromisso por uma educação libertadora, no sentido do desenvolvimento da autonomia do indivíduo, e o princípio da dialogicidade como exercício pedagógico constantemente em construção daquela prática (FREIRE, 2004 apud SILVA e DELIZOICOV, 2008, p. 23).

Essa concepção pedagógica baseia-se na capacidade do discente participar como agente de transformação social, durante o processo de detecção de problemas reais e de busca por soluções originais. Cyrino e Toralles-Pereira (2004) afirmam que a prática construtivista situa o professor no papel de provocador do raciocínio do aluno, procurando gerar

desequilíbrios cognitivos (conflitos, problemas) em relação ao objeto de conhecimento, levando-o a uma aprendizagem significativa. Nesse caso, ele utiliza diferentes processos mentais (capacidade de levantar hipóteses, comparar, analisar, interpretar e avaliar), desenvolvendo a capacidade de assumir responsabilidade por sua formação. Evidencia-se pela estreita relação com a dimensão política da educação, estando comprometida sempre com uma visão crítica da relação educação e sociedade.

Assim volta-se à transformação social e à conscientização de direitos e deveres do cidadão, mediante uma educação libertadora proposta por Paulo Freire. Para Cyrino e Toralles-Pereira (2004), o estudante pode exercitar a dialética de ação-reflexão-ação, buscando interpretar a realidade e voltando-se à criação de espaços contestatórios que possibilitem uma crítica à realidade estudada. Freire argumenta que o ato de formar, educar o cidadão, consiste em um processo de “ensinar a pensar certo”, ou seja, ir além da transmissão de conteúdos, instigando o educando a exercer, com base na sua própria realidade, a reflexão crítica e transformadora. Esse processo é apresentado como atividade a ser compartilhada com os educandos, pois “não há docência sem discência”. Sob essa ótica, ensinar é uma atividade que não existe sem o ato de aprender (FREIRE, 1996 apud SILVA e DELIZOICOV, 2008, p. 25). Problematizar consiste, portanto, em discutir os conflitos inerentes e que sustentam o problema. Para Freire, o núcleo temático do problema não deve ser explícito para dar possibilidades significativas de análise ou rápidas conclusões (MITRE et al., 2008).

Para Freitas (2010, p. 3), a Metodologia da Problematização enfatiza a participação ativa do aluno no processo de aprendizagem por meio do ensino por problemas, com forte apelo à compreensão crítica da realidade e à atuação na transformação social.

### **2.3.2 Características da Metodologia da Problematização**

Berbel (1998) propõe a Metodologia da Problematização como metodologia de ensino, de estudo e de trabalho, para ser utilizada sempre em situações cujos temas estejam relacionados com a vida em sociedade. Para Cyrino e Toralles-Pereira (2004), a metodologia da problematização é possível de ser aplicada tanto em um planejamento curricular como no planejamento de um curso, de uma disciplina, ou até mesmo para o ensino de determinados temas de uma disciplina.



Freitas (2010, p. 3) nos diz que a Metodologia da Problematização reconhece a educação como fenômeno que se dá em determinada realidade física, psicológica e social, colocando problemas humanos e sociais a serem resolvidos ou melhorados.

Para Cyrino e Toralles-Pereira (2004), na Metodologia da Problematização não existe uma metodologia única, mas sim diversas formas de executá-la. O desenvolvimento de uma prática apoiada na problematização não requer grandes mudanças materiais para sua implementação. Segundo Berbel (1998), a referência para essa metodologia é o Método do Arco, de Charles Maguerez, apresentado na figura a seguir. O esquema é composto de cinco etapas, que se desenvolvem a partir do recorte de uma realidade: observação da realidade; pontos-chave; teorização; hipóteses de solução; e aplicação à realidade:



Figura 1: Arco da Problematização.  
Fonte: Berbel (1998).

O processo de ensino começa com a exposição dos alunos a um problema real: é a observação da realidade social, concreta, pelos alunos, a partir de um tema ou unidade de estudo. Esses são orientados pelo professor a olhar atentamente e registrar o que perceberam sobre a parcela da realidade na qual aquele tema está inserido, podendo, para isso, serem dirigidos por questões gerais que ajudem a focalizar e a não fugir do tema. Para Berbel (1998), essa observação permitirá aos alunos identificar dificuldades, carências e discrepâncias de várias ordens, que serão transformadas em problemas. Poderá ser eleito um



desses problemas para todo o grupo estudar ou, então, vários deles, distribuídos um para cada pequeno grupo. Na sequência, segundo Mitre et al. (2008), os alunos procederão, por meio de pesquisas e entrevistas com especialistas, à teorização do problema, buscando a contribuição da ciência para esclarecimento do estudo e, nesse momento, o aluno atinge a compreensão do problema nos aspectos práticos ou situacionais e nos princípios teóricos que o sustentam, através da confrontação da realidade com sua teorização. Haverá, assim, conforme Cyrino e Toralles-Pereira (2004), a aplicação das hipóteses identificadas para a solução do problema, ocorrendo uma interação entre estudante e objeto de estudo, com o intuito de estabelecer um diálogo transformador para ambos. Mitre et al. (2008) ressalta que se deve, ainda, verificar, com a ajuda dos grupos, se as hipóteses de solução são aplicáveis à realidade. Na última fase – a aplicação à realidade – o estudante executa as soluções apontadas pelo grupo como as mais viáveis e aprende a generalizar o aprendido para utilizá-lo em diferentes situações. Dessa forma, completa o Arco de Magueréz.

Para Cyrino e Toralles-Pereira (2004, p. 784):

[...] Na problematização, há a necessidade não só de uma clara postura metodológica em relação ao processo de pesquisa que o aluno deverá desenvolver ativamente, mas também de uma coerente postura política em relação ao processo educativo e aos problemas relativos ao tema em estudo. Pelas características do trabalho com o conhecimento, após o estudo de um problema poderão surgir outros desdobramentos sobre o tema, exigindo do professor e dos alunos o contato com situações ou conteúdos que não foram previstas pelo professor, num primeiro momento, mas que precisarão ser investigadas por serem relevantes à compreensão do problema. Os conhecimentos científicos, buscados no momento da teorização, integram percepções, conhecimentos, representações de pessoas envolvidas no problema, permitindo que diferentes saberes sejam conjugados no processo de construção do conhecimento.

Para Berbel (1998), na primeira etapa, com a participação do professor, as discussões entre os componentes do grupo ajudarão na elaboração do problema, como uma síntese desse momento, passando a ser a referência para todas as outras etapas do estudo. Na segunda, chamada de “pontos-chaves”, os alunos refletem sobre quais seriam as causas do problema em questão. O professor pode incitar os alunos com perguntas tais como “será que esse problema existe?”.

A partir das informações que os alunos já dispõem, passam a perceber que os problemas ditos de ordem social – como os da educação, da atenção à saúde, da cultura, das relações sociais e outros – são complexos e com muitas ações que o problematizam. Percebem, também, variáveis do problema em estudo. Nesse momento, surge a necessidade

de um estudo mais criterioso, mais crítico e mais abrangente do problema, em busca de sua resolução. Em seguida, são elaborados os pontos-chaves dessa pesquisa.

Os acadêmicos deverão estudar o problema levantado e os pontos essenciais destacados, tentando compreendê-los na busca de encontrar formas de interferir na realidade para solucioná-los ou desencadear passos nessa direção. A terceira etapa surge então e é denominada “teorização”. Os alunos, nessa etapa, se organizam para “investigar”, ou melhor, para buscar informações de que precisam acerca do problema estudado, por meio dos pontos-chaves refletidos. Partem em busca de estudo individual ou coletivo, utilizando livros, artigos, revistas especializadas e outros. Levantam dados já existentes sobre o assunto estudado; observam a ocorrência do fenômeno; fazem entrevistas; aplicam questionários para obterem informações de várias ordens; assistem a conferências, etc.

Para finalizar, adentram na quinta e última etapa, a da “aplicação à realidade”. Segundo Berbel (1998), nesse momento o componente social e político está mais perceptível. O estudo leva os alunos a obterem um compromisso com o seu meio. Observam os problemas e para o meio levarão uma resposta de seus estudos, visando a transformação da realidade. Completa-se, assim, o Arco de Maguerez, com o sentido especial de levar os alunos a exercitarem a cadeia dialética de ação-reflexão-ação, ou, dito de outra maneira, a relação prática-teoria-prática.

Para Cyrino e Toralles-Pereira (2004), a problematização requer do professor uma mudança de postura para o exercício de um trabalho reflexivo com o aluno. Essa mudança inclui a disponibilidade de pesquisar, de acompanhar e de colaborar no aprendizado crítico do estudante, o que frequentemente coloca o professor diante de situações imprevistas, novas e desconhecidas, exigindo, das duas partes, o que é, de fato, o processo de construção do conhecimento, e não apenas o de reconstrução e reelaboração.

Em resumo, a Metodologia da Problematização caminha por etapas distintas encadeada a partir de um problema detectado na realidade. Compõe-se de uma verdadeira metodologia, entendida como um conjunto de métodos, técnicas, procedimentos ou atividades intencionalmente selecionados e organizados em cada etapa, de acordo com a natureza do problema em estudo e as condições gerais dos participantes. O propósito maior, conforme Berbel (2008, p. 144), é “preparar o estudante para tomar consciência de seu mundo e atuar intencionalmente para transformá-lo, sempre para melhor, construindo uma sociedade que permita uma vida digna para o indivíduo”.

## 2.4 AS PESQUISAS SOBRE EXPERIÊNCIAS DA ABP E DA MP NO BRASIL

Como já citado, as experiências pioneiras na ABP aconteceram há cerca de trinta anos, na Universidade de McMaster (Canadá), e, posteriormente, na de Limburg (Maastricht, Holanda) e em Newcastle (Austrália). Em seguida, diversas outras faculdades desenvolveram e implementaram currículos baseados no PBL ou ABP.

O método tem sido recomendado e adotado por escolas de Medicina na África, na Ásia e na América Latina, com submissão aos pioneiros na aplicabilidade dessas. Vale ressaltar que outras instituições educativas na área da saúde – como enfermagem, fisioterapia, veterinária e odontologia – também têm adotado o método com sucesso e, mais recentemente, escolas das áreas de humanas, tais como a Faculdade de Economia da Universidade de Maastricht e algumas escolas de engenharia dos Estados Unidos, por exemplo, demonstram que o método não é mais uma particularidade do ensino da Medicina, sendo possível seu desenvolvimento em outras áreas do conhecimento.

Para Rego (1998), já existe uma diversidade de experiências em curso no Brasil, sustentando programas simultâneos de currículos tradicionais, baseados na nova metodologia, ou, ainda, implementando-a apenas em algumas disciplinas.

Conforme registra Mitre et al. (2008), a implantação dessas metodologias, no Brasil, iniciou-se pela Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), em 1997, e pelo Curso de Medicina da Universidade Estadual de Londrina (UEL), em 1998. No Estado do Rio de Janeiro, o primeiro curso a utilizar a ABP foi o da Fundação Educacional Serra dos Órgãos – FESO –, em 2005.

Além dessas, várias escolas de Medicina no Brasil, como a Universidade Federal do Ceará – UFCE, Universidade Regional de Blumenau – FURB, o Centro Universitário de Maringá – CESUMAR, a Universidade Cidade de São Paulo – UNICID, a Escola Superior de Ciências da Saúde – ESCS, o Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, a Universidade Católica de Goiás – UCG e outras, vêm buscando adotar de forma total ou parcial as pedagogias problematizadoras em seus currículos.

Cyrino e Toralles-Pereira (2004) destacam que, na Universidade Estadual de Londrina (UEL), a mudança não se referiu ao método de ensino-aprendizado, mas a uma mudança de filosofia educacional que incluiu a integração de disciplinas de forma vertical e horizontal e a avaliação do estudante não só de forma somativa, mas também formativa.

A Escola de Saúde Pública do Ceará, no início dos anos 1990, iniciou um trabalho com a ABP na perspectiva de formar profissionais curiosos e impregnados pela ideia de compreender a necessidade do aprendizado contínuo.

No ano de 2004 o curso de Medicina do Centro Universitário do Maranhão – UNICEUMA – implantou a metodologia ABP. O novo método gerou, a princípio, ansiedade e angústia por parte de professores, alunos do curso e comunidade geral. Atualmente, já se vivencia a aceitação, a credibilidade do curso na sociedade local, sendo este classificado entre os dez primeiros no ENADE.

Soares (1998) informa-nos de que, há aproximadamente 25 anos, na Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), em específico no Departamento de Clínica Médica, ocorreu uma reforma de ensino e as disciplinas de cardiologia, nefrologia e gastroenterologia passaram a ser ministradas baseadas em discussões de caso padrão e casos de enfermaria. Os alunos do 4º ano de Medicina, em grupos, recebiam os casos anteriormente, com várias questões que os orientavam no estudo prévio. Além disso, passaram a fazer, sob a orientação de um docente, a evolução e a prescrição dos pacientes internados nessas enfermarias, bem como visitas aos leitos, onde era discutido diagnóstico e conduta de cada paciente seguido pelos alunos.

No que diz respeito à Metodologia da Problematização, as pesquisas desenvolvidas até o presente momento, no Brasil, referenciam principalmente os trabalhos de Neusi Berbel, iniciados na década de 1990. A escolha dessa estratégia pedagógica tem como objetivo formar profissionais aptos ao exercício da profissão, capazes de continuar a aprender a aprender para toda a vida com visão ética, humanística e responsabilidade social, qualidades importantes na construção do Sistema Único de Saúde.

Diversos trabalhos na área da Educação em Saúde vêm utilizando-se da problematização. As áreas e temas encontrados, relacionados ao uso da Metodologia da Problematização, foram: “Meio Ambiente, Sociologia, Pedagogia, Psicologia, Turismo, Mestrado em Educação, Enfermagem, Avaliação, Didática, Fonoaudiologia, Odontologia” (SIQUEIRA e BERBEL, 2006, p. 3347).

Como exemplo, na universidade Estadual de Londrina (UEL), nos anos 1990, iniciou-se um projeto especial de ensino, na área da Saúde, apoiado nessa metodologia. Cyrino e Toralles-Pereira (2004) nos informam que há cerca de duas décadas a problematização vem sendo usada na formação de auxiliares de enfermagem.

Siqueira e Berbel (2006) afirmam que a metodologia da Problematização já atingiu diversas cidades e estados do país, tais como: Brasília, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Aracaju,

São Paulo, Fortaleza, Rio Grande do Sul, Rio Grande do Norte, Maringá, Distrito Federal, Mato Grosso e outros, sendo os de mais evidência em notícias os da Universidade Estadual de Londrina-PR. Alguns trabalhos têm origem em algumas universidades, dentre as quais: UNIFESP, UEL, UFMG, UEM, ULBRA, UNILESTE, USP, UNOPAR, PUC Minas, UNICAMP, UNIFI.

Siqueira e Berbel (2006) encontraram diversos eventos envolvidos com a Metodologia da Problematização: em reforma sanitária e na organização do SUS; na Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, como estratégia do SUS; no Curso de Enfermagem da UEL; na implantação do currículo integrado, em treinamentos; oficinas de capacitação pedagógica; em palestras; em seminários; semanas acadêmicas; em projetos de extensão; em pesquisas científicas, incluindo dissertações, teses e artigos.

Assim, pode-se inferir que, nos cursos de Medicina no Brasil, as produções significativas e em maior número encontram-se vislumbradas na ABP.

Com base nessas orientações e nas considerações teóricas apresentadas no presente capítulo, serão apresentadas a seguir as considerações acerca da concepção de ensino e aprendizagem por problema que fundamenta os projetos pedagógicos dos cursos estudados.

## CAPÍTULO 3

# **CONCEPÇÃO DE ENSINO E APRENDIZAGEM POR PROBLEMA NOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS DE MEDICINA DO ESTADO DE GOIÁS E DO DISTRITO FEDERAL**

O objetivo principal desta pesquisa, como já descrito anteriormente, consistiu em analisar os Projetos Pedagógicos de dois cursos de Medicina do estado de Goiás e um do Distrito Federal. Dessa forma, pretende-se apresentar, neste capítulo, a pesquisa e os resultados obtidos, os quais estão organizados de acordo com os focos da investigação. Primeiramente, são apresentadas considerações sobre a opção metodológica e os procedimentos utilizados para a coleta dos dados. Em seguida, são tecidas considerações acerca do Projeto Pedagógico (PP)<sup>3</sup> dos cursos e dos elementos imprescindíveis na sua estruturação. Com base nessas orientações e nas considerações teóricas apresentadas no capítulo II, serão analisados os projetos dos cursos de Medicina em estudo, visando compreender a concepção de ensino e aprendizagem por problemas que orientam a formação médica.

A análise foi estruturada a partir da leitura dos projetos e da produção teórica dos autores que investigam o assunto à luz de categorias como concepção de ensino, concepção de aprendizagem, organização curricular por problema e metodologia de ensino.

### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Considerando a natureza do objeto a ser investigado e a exposição dos motivos que determinaram este trabalho, entende-se que a pesquisa documental e a pesquisa bibliográfica constituem o recurso metodológico mais adequado para a compreensão do problema em estudo.

---

<sup>3</sup>O termo “projeto pedagógico” será apresentado apenas com sua sigla PP no decorrer deste capítulo.

Nesse sentido, Gonsalves (2005) aponta que a noção de documento corresponde a uma informação organizada sistematicamente e comunicada de maneiras diversas, como a oral, a escrita, a visual ou por meio de gestos, entre outras, e registrada em material durável. Para Marconi e Lakatos (2002, p. 62), “[...] a característica da pesquisa documental é que a fonte de coleta de dados está restrita a documentos escritos ou não, constituindo o que se denomina de fontes primárias”.

De acordo com Gil (2006), a pesquisa documental utiliza materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com o objeto de pesquisa. Assim, pondera-se que os PP dos cursos de Medicina em estudo são documentos e, portanto, plausíveis de análise e interpretação. Esses documentos consistem em fontes ricas de dados e contextos, possibilitando leituras e enfoques diversos.

A pesquisa bibliográfica foi desenvolvida com base em material já elaborado, constituído de livros e artigos científicos que versam sobre a temática em estudo. A partir do primeiro semestre do ano de 2010 foi realizada uma busca na internet com o levantamento de dissertações, teses e artigos produzidos no Brasil no período de 1996 a 2011. As bases de dados utilizadas para pesquisa de teses e dissertações foram “SciELO”, “Revista Brasileira de Educação Médica” e “Revista Eletrônica Interfaces”, “Caderno de Saúde Pública”, entre outros. Além da base de dados citada, se fez uso também do sítio do Ministério da Educação (MEC) na busca de resoluções, normativas, bem como informações regulamentares dos cursos de Medicina do estado de Goiás e do Distrito Federal.

O levantamento de dados e a revisão de literatura foram realizados com a delimitação de palavras-chaves como: o ensino médico, a metodologia da aprendizagem baseada em problemas, a aprendizagem baseada em problema, a formação médica, a metodologia da problematização, entre outras.

O referencial teórico da pesquisa se baseou em autores como Veiga (2002, 2004); Dewey (1971); Freire (1987, 1996); Libâneo (2000, 2010); Marconi e Lakatos (2002); Ribeiro (2008); e Mamede e Penaforte et al. (2001), entre outros.

O critério para a escolha dos cursos foi com base em cursos de graduação em Medicina do estado de Goiás e do Distrito Federal que estivessem autorizados pelo MEC e se estruturassem em metodologias voltadas para o ensino e a aprendizagem por problemas, ou seja, a problematização e/ou aprendizagem baseada em problemas (ABP).

Assim, foram selecionados os seguintes cursos: curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis



(UniEVANGÉLICA) e Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS-DF). A escolha desses cursos se deve à implementação da metodologia do ensino e aprendizagem por problemas.

Com relação ao Distrito Federal, foi selecionado somente o curso da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Os demais cursos de Medicina tanto de Goiás quanto do Distrito Federal não apresentaram em seus projetos as metodologias problematizadoras implementadas como ferramenta de ensino principal. É relevante esclarecer que alguns cursos de Medicina que não fizeram parte da pesquisa apresentaram a utilização das metodologias problematizadoras em disciplinas isoladas, não sendo este o objetivo da pesquisa.

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos para esta pesquisa, adotou-se como procedimento de análise e interpretação dos dados a análise documental e a análise de conteúdo (FRANCO, 2008). Nesse contexto de pesquisa, pode-se afirmar que a análise documental tem por objetivo “dar forma conveniente e representar de outro modo essa informação, por intermédio de instrumentos de transformação [...] é, portanto, uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de uma base de dados” (BARDIN, 2006). Ainda no que se refere aos procedimentos, apresenta-se a análise de conteúdo como um procedimento de pesquisa que se situa em um delineamento mais amplo da teoria da comunicação e tem como ponto de partida a mensagem (FRANCO, 2008). A análise de conteúdo permite ao pesquisador fazer inferências sobre qualquer dos elementos da comunicação a partir de categorias pertinentes ao material de análise e ao quadro teórico.

Segundo Franco (2008), a análise de conteúdo contempla as seguintes fases: pré-análise, descrição analítica, exploração do material e interpretação inferencial.

A fase da pré-análise é a de organização do roteiro do trabalho. O objetivo desse roteiro é sistematizar as ideias por meio dos seguintes momentos: escolha dos documentos, formulação das hipóteses e dos objetivos e elaboração dos indicadores.

Como explicitado anteriormente, o *corpus* da pesquisa são os projetos dos cursos de Medicina do estado de Goiás e do Distrito Federal, pois estes compõem o conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos.

A partir das orientações de Franco (2008), na fase de organização dos dados foi realizada a leitura na íntegra dos Projetos Pedagógicos (PP) escolhidos para a pesquisa, bem como a seleção de material como artigos e livros referentes aos temas propostos nos capítulos, com o objetivo de conhecer a produção acadêmica relativa à temática em estudo.

A fim de identificar ideias e significados, foram construídos agrupamentos de categorias que expressam conceitos vinculados à Metodologia da Problematização ou ao *Problem Basing Learning* (PBL). Algumas categorias surgiram no percurso da pesquisa,



sendo organizadas à medida que se aprofundava a análise, pois “emergem da ‘fala’, do discurso, do conteúdo, das respostas e implicam constante ida e volta do material de análise à teoria” (FRANCO, 2008, p. 61). Desse modo, são utilizadas à luz das teorias estudadas e dos documentos analisados quatro categorias que expressam características das concepções metodológicas que fundamentam os projetos pedagógicos dos cursos de Medicina analisados, quais sejam: concepção de ensino; concepção de aprendizagem; organização curricular por problema e metodologia de ensino.

A partir da categorização foi possível identificar as concepções e interpretar os dados. Essa etapa é considerada de relevância, uma vez que exige do pesquisador a realização de uma leitura detalhada de todo trabalho escrito com reflexão, intuição, fazendo levantamento dos aspectos relevantes que estabelecem relações com o referencial teórico abordado sobre o assunto. Dessa forma, se apresentam os resultados de pesquisa, com destaque ao que se quer evidenciar de mais relevante nas categorias selecionadas.

É importante ressaltar que o objetivo central desta pesquisa é a análise dos PP dos cursos de Medicina já mencionados com a explanação das considerações referentes à importância do PP no intuito de agrupar elementos e características educacionais do tema em questão que subsidiem a análise dos mesmos. Para isso, o referencial teórico da pesquisa também se apoia em autores que discutem o tema, como Libâneo (2000) e Veiga (2002). Discutir-se-ão questões referentes à elaboração do PP, explicitando e compreendendo o seu significado, a sua relação com a instituição, refletindo sobre alguns pressupostos que devem orientar essa proposta pedagógica.

### 3.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE OS PROJETOS PEDAGÓGICOS (PP)

Conforme mencionado anteriormente, a partir da Lei de Diretrizes e Bases de 1996 a ideia de Projeto Pedagógico tem sido considerado um elemento relevante na discussão das ações educativas realizadas em todos os níveis de ensino. Discutir projetos pode significar considerá-los como ferramentas de gestão e de planejamento, capazes de indicar uma direção para o trabalho coletivo, um compromisso de ação ou a dinâmica das ações a serem realizadas em cursos específicos.

Um PP caracteriza-se por sua intencionalidade e orientação formativa, por conter uma proposta de educação, uma concepção de ser humano, de mundo, por voltar-se para o

desenvolvimento, respeito, promoção e valorização da pessoa. Nele devem estar contidos a reflexão crítica, os saberes curriculares e as práticas pedagógicas no horizonte de um referencial teórico prático. Assim, representa o esforço de definição de valores sociais e educacionais a partir do contexto local.

Segundo Veiga (2002), o PP é visto como um documento programático que reúne as principais ideias, fundamentos, orientações curriculares e organizacionais dos cursos de acordo com seu contexto, origem, motivos e finalidade. Com o propósito de proporcionar qualidade para o ensino, se torna objeto de estudo para professores, pesquisadores e instituições educacionais em nível nacional, estadual e municipal.

Conforme Libâneo (2000), o projeto é ao mesmo tempo um desejo, uma utopia e uma concretização, sendo sua característica organizar a ação e sintetizar o que temos, o que desejamos, o que faremos em função do que desejamos e como saber se o que estamos fazendo corresponde ao que desejamos. É uma ação intencional, com um sentido explícito, com um compromisso que deve ser definido, visando essencialmente exercitar nossa capacidade de tomar decisões coletivamente, pois um curso ou escola não se faz de cima para baixo na ótica do poder centralizador que dita normas e exerce o controle técnico burocrático.

Um PP é entendido como um instrumento de balizamento para o fazer universitário, concebido coletivamente no âmbito da instituição, orientado para esta, como um todo, e para cada um de seus cursos, em particular (ForGRAD, 1999).

Ainda segundo Libâneo (2000, p. 93), ao construirmos o PP devemos ficar atentos em responder às perguntas: que tipo de escola ou curso nós, profissionais, queremos? Que objetivos e metas interessam? Que necessidades precisamos atender em termos de formação dos alunos e alunas para a autonomia, cidadania, participação? Além disso, este deve ser avaliado em vários momentos do ano letivo para reavaliação conjunta, sendo, portanto, inconcluso.

Veiga (2002, p. 13) ressalta que um Projeto Pedagógico deve ir além de um simples agrupamento de planos de ensino e de atividades diversas. Não deve ser construído e, logo em seguida, arquivado ou encaminhado às autoridades educacionais como prova de cumprimento de tarefas burocráticas. Ele é construído e vivenciado em todos os momentos, por todos os envolvidos com o processo educativo da escola, sendo a própria essência do trabalho que a escola ou curso desenvolve no âmbito de seu contexto histórico. Deve estar intimamente articulado ao compromisso sociopolítico com os interesses reais e coletivos da população majoritária. Conforme esclarece a autora, é político no sentido de compromisso com a formação do cidadão para um tipo de sociedade.

Ao se constituir em processo democrático de decisões, se preocupa em instaurar uma forma de organização do trabalho pedagógico que supere os conflitos, buscando eliminar as relações competitivas, corporativas e autoritárias, rompendo com a rotina do mando impessoal e racionalizado da burocracia que permeia as relações do interior da escola, diminuindo os efeitos fragmentários da divisão do trabalho que reforça as diferenças e hierarquiza os poderes de decisão (VEIGA, 2002).

Veiga (2002) ressalta, ainda, a necessidade de se buscar um referencial teórico que fundamente a construção de um projeto. Seriam pressupostos de um teoria pedagógica crítica viável, que parta da prática social e esteja compromissada em solucionar problemas da educação e do ensino de uma escola ou curso e também ligada aos interesses da maioria da população. A autora também evidencia o domínio das bases teórico-metodológicas indispensáveis à concretização das concepções assumidas coletivamente.

Padilha (2003, p.74) propõe a “elaboração de um projeto político pedagógico socializado ascendente onde se cria um sistema de comunicação entre os diversos níveis de planificação e administração educacional, de forma que as concretizações de cada etapa sejam acompanhadas por todos os níveis”. Com a participação de todos nas tomadas de decisões há a necessidade de estabelecermos regras claras sobre como se dará esta participação, como as decisões serão tomadas e em que cada segmento poderá contribuir, desde a concepção do projeto até a avaliação e o replanejamento.

Para Padilha (2003, p. 74), o PP tem a ver com a organização do trabalho pedagógico em dois níveis: “como organização da escola como um todo e como organização da sala de aula, incluindo sua relação com o contexto social imediato, procurando preservar a visão de totalidade”. Uma escola em que se desenvolva um trabalho coletivo e participante tem como pressuposto que o trabalho que se realiza com a participação responsável de cada um dos sujeitos envolvidos é o que atende de forma mais efetiva às necessidades concretas da sociedade em que vivemos:

A história tem demonstrado que as mudanças pedagógicas não se fazem por decretos, normas e portarias. Elas são processuais e se constituem no tempo, pela dinâmica da articulação entre a subjetividade (vontade de mudar) e a objetividade (condições objetivas para que as mudanças ocorram). Caso se desconsidere esta dinâmica de articulação entre os dois pólos, pode-se cair no idealismo ingênuo (consideração somente da subjetividade) ou no pragmatismo imobilista (ênfase exclusiva nas condições objetivas). (ForGRAD, 1999, p. 11)

O PP trabalha as possíveis mudanças nos cursos das Instituições de Ensino Superior (IES) por meio da articulação entre aspectos objetivos e subjetivos detectados no presente momento histórico. É elemento de guia, norteador do caminho para se alcançar a nova universidade, o novo mundo, deve contar com sujeitos, tempos e ações articulados com vistas à construção do futuro ou daquilo que deverá vir a ser (ForGRAD, 1999, p. 15).

A ideia de PP apresentada pelos autores vem ao encontro das ideias sobre o assunto que constituem essa pesquisa. Acredita-se que o Projeto Pedagógico deva sim ser vislumbrado como um documento norteador de todas as atividades propostas em um curso, sendo estas direcionadas por objetivos de ensino construídos coletivamente por todos os envolvidos, independente do nível ou cargo ocupado. Busca-se que estes conheçam as concepções do currículo e a metodologia do curso, apresentem propostas de melhorias e se sintam comprometidos e responsáveis em executá-las com êxito. Além disso, é importante que haja uma constante reavaliação e reestruturação dos documentos pelo colegiado. Um projeto pedagógico construído coletivamente impede que este seja arquivado em gavetas para simples cumprimento de normas.

### **3.2.1 A elaboração do Projeto**

Para atender ao caráter plural e ao mesmo tempo identitário de cada IES/curso, propõe-se que o Projeto Pedagógico seja construído com base nas seguintes dimensões: global, específica e particular. Tais dimensões são referências para o Projeto Pedagógico da universidade e também para cada curso de graduação (ForGRAD, 1999, p. 9).

O foco e o desenvolvimento do trabalho com as referidas dimensões assegura a singularidade do curso vinculada à(s) área(s) de conhecimento(s) e suas questões e ao PP da IES de forma global:

O projeto pedagógico deve considerar toda a abrangência do fazer acadêmico e os aspectos da realidade institucional: os métodos e as estruturas administrativas, os recursos humanos disponíveis e a infraestrutura física acessível a seus usuários. Com base nestas, as ações são traçadas, implementadas e, uma vez em curso, a permanente postura crítica deve garantir a realimentação de todo o processo: crítica - proposta - ação - novas críticas. Este mecanismo poderá garantir a dinâmica constante para o aprimoramento do projeto, sempre a partir da crítica do instituído (expresso no momento atual), partindo para a proposta, que deve ser revisada continuamente a partir do resultado prático das ações implementadas. (ForGRAD, 1999, p. 9-10)

O êxito para este processo pode ser substanciado na garantia de abordagem que, assumindo o espírito crítico permanente, assegure sempre o compromisso social da instituição, reafirme o caráter coletivo das decisões e tenha por base a avaliação fundamentada nos aspectos tanto quantitativos como qualitativos do desempenho institucional.

De acordo com Libâneo (2000, p. 94), é importante:

[...] que as fases de elaboração do projeto sejam desenvolvidas a partir de um esboço prévio formulado por uma pequena comissão escolhida pela equipe escolar. Este esboço permitirá destacar os tópicos do projeto e distribuir responsabilidades para a coleta de dados, análise e interpretação, estabelecimento de metas, atividades. Os documentos prévios precisam ser discutidos e aprovados, preferencialmente, mediante consenso em torno de pontos comuns. É indispensável que a discussão sobre o documento final, seja concluída com a determinação de tarefas, prazos, formas de acompanhamento e avaliação (o que se fará, quem fará, quais os critérios de avaliação).

Conforme esclarece Libâneo (2000, p. 94-96), as decisões referentes ao projeto devem considerar os seguintes aspectos:

1. Princípios, consenso sobre opções sociais, políticas, e pedagógicas, do papel da escola e da sociedade, do papel do professor e dos alunos, dos conteúdos e métodos;
2. Objetivos, ou seja, as intenções concretas, tendo ciência do retrato realista da situação, dos problemas da sociedade e prioridades e tomada de decisões;
3. Sistema de práticas de gestão negociadas;
4. Unidade teórica metodológica no trabalho pedagógico didático;
5. Sistema explícito e transparente de acompanhamento e avaliação do projeto e das atividades da escola.

É importante ressaltar que os educadores precisam ter clareza das finalidades de sua escola. Para tanto, há a necessidade de se refletir sobre a ação educativa que a escola desenvolve com base em seus objetivos. As finalidades da escola referem-se aos efeitos intencionalmente pretendidos e almejados (ALVES apud VEIGA, 2002, p. 23):

Como a escola procura atingir sua finalidade política e social, ao formar o indivíduo para a participação política que implica direitos e deveres da cidadania? Como a escola atinge sua finalidade de formação profissional, ou melhor, como ela possibilita a compreensão do papel do trabalho na formação profissional do aluno? Como a escola analisa sua finalidade humanística, ao procurar promover o desenvolvimento integral da pessoa?

Não há um única e exclusiva forma de elaborar um Projeto Pedagógico, cada escola, cada curso, tem uma particularidade, uma singularidade. Libâneo (2000) indica princípios de sistematização que podem servir de norte para a elaboração dos mesmos. Segue-se sugestão do autor (idem, p. 101):

1. **Diagnóstico** (quadro atual, problemas e necessidades concretas a atender). 2 **Ideário ou concepção de educação** (2.1. Concepção de educação, 2.2 valores a promover, 2.3 princípios de ação pedagógica-didática. 3. **Objetivos** (resultados finais); 3.1 objetivos intermediários (soluções) 4. **Programação**. 4.1 Proposta curricular (da escola, plano de ensino das séries, plano de ensino da disciplina). 4.2 proposta administrativa. 4.3 proposta financeira. 5. **Avaliação do projeto**. (grifos nossos).

Com base no exposto, pode-se dizer que o PP é o passo inicial para a organização do curso; todo projeto explicita conscientemente ou não uma opção teórico-metodológica que fundamenta a prática pedagógica que inicia os alunos em uma prática social compromissada ou não com problemas sociais. Nesse sentido, o projeto revela-se um importante instrumento de orientação.

Considerando ainda o PP como um documento a partir do qual é possível apreender a concepção metodológica que orienta a formação médica, passaremos a caracterizar, com base em dados fornecidos pelos projetos pedagógicos, os cursos selecionados para a realização desta pesquisa.

### 3.3 OS CURSOS QUE FORAM OBJETO DA PESQUISA

Dos cursos pesquisados, o primeiro a ser criado com base neste modelo pedagógico inovador foi o da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS), localizado no Distrito Federal. Em novembro de 2006 o curso foi reconhecido pelo Conselho de Educação do Distrito Federal, que deu à instituição o poder de expedição de diploma de Medicina.

A ESCS é uma instituição de ensino público fundada no ano de 2001, vinculada à Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal e tendo como mantenedora a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS).

Dessa forma, o governo do Distrito Federal assumiu a responsabilidade na formação médica ao criar a Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS), órgão da

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES/DF) ao qual coube o suporte público para a regulamentação geral e o aporte financeiro necessário para a criação e desenvolvimento do curso de medicina ora proposto à Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (PP, ESCS, 2000).

A primeira turma da Escola Superior em Ciências da Saúde (ESCS) formou-se em 2007. O curso é gratuito e hoje atende a 560 alunos. Anualmente são abertas oitenta vagas para o vestibular, sendo 40% delas reservadas, pelo sistema de cotas, aos estudantes que fizeram todo o ensino fundamental e médio em escolas da rede pública do Distrito Federal.

Ao término do ano de 2010, quatrocentos alunos concluíram o curso de Medicina nessa instituição. Em 2004, a ESCS conquistou o primeiro lugar entre os cursos de Medicina no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), sendo uma das oito Instituições de Medicina do Brasil que obteve nota máxima.

O currículo aborda uma proposta interdisciplinar com a ação multiprofissional permeando as atividades do meio acadêmico. Apresenta-se estruturado por módulos temáticos embasando-se nas metodologias problematizadoras. Dessa forma, visa garantir e aperfeiçoar a formação geral do médico em termos técnicos, científicos e humanísticos, a partir dos seguintes elementos:

**Interdisciplinaridade** entre áreas do saber [...]; **envolvimento dos alunos em situações de prática de saúde** desde o início e ao longo de todo o curso [...]; **integração ensino-serviços-pesquisa**, partindo da premissa de que os fundamentos teóricos devam estar, desde logo, articulados à solução de problemas e situações práticas [...]; **desenvolvimento do estudo baseado na problematização**, estimulando-se o aluno aprender a aprender a partir de atividades que incentivem o estudo individual e em grupos, o ensino tutorial, centrado no aluno, o manejo de bancos de dados, o acesso a fontes bibliográficas e aos recursos de informática [...]; **ensino centrado nas necessidades de aprendizagem dos estudantes**, com currículo nuclear comum a todos e a oportunidade de práticas eletivas, cuja função é permitir a individualização do currículo [...]; **desenvolvimento da capacidade de realizar estudos para se manter atualizado (educação permanente)**, promovendo oportunidades de educação a distância para seus egressos, bem como a consulta a especialistas mediante a utilização de meios eletrônicos [...]; **compromisso ético, humanístico e social** com o trabalho multiprofissional em saúde e com a promoção, prevenção e recuperação da saúde [...]; **adoção de uma avaliação que seja formativa e somativa**. (PP, ESCS, 2000, p. 80-81) (grifos nossos)

O objetivo principal do curso é tornar o profissional em medicina tecnicamente competente para dar início ao exercício de suas atividades profissionais e ser capaz de



“resolver os principais problemas de saúde da população, com visão ética, humanística e compromisso social” (PP, ESCS, 2000, p.80).

O PP da ESCS toma como referência as proposições da “Declaração Mundial sobre Educação Superior do Século XXI: “Visão e Ação” na medida em que advoga e visa a esclarecer uma prática acadêmica contemporânea aos desafios atinentes ao ensino médico de graduação (PP, ESCS, 2000).

Conforme explicitado no PP da ESCS (2000, p. 75) o perfil do aluno

[...] deve ir ao encontro com as demandas da sociedade, dos novos perfis epidemiológicos e demográficos e das condições da prática profissional. [...] o aluno deve saber “para que aprende e o que aprende” [...] desenvolver os seus próprios métodos de estudo, selecionar criticamente os recursos educacionais mais adequados, trabalhar em equipe e aprender a aprender.

O curso de Medicina da Universidade Católica de Goiás<sup>4</sup> teve início em 08 de agosto de 2005. Foi o segundo curso a ser implantado com base nas metodologias por problema. Hoje são oferecidas quarenta vagas semestrais por meio de vestibular. Assim, “a criação deste curso relaciona-se ao compromisso com a sociedade goiana, em ações pautadas pela ética, pela história e pela responsabilidade social na construção coletiva do saber, com proposta de inserção na sociedade e da análise crítica dos fatos sociais” (PLANO DIRETOR/PUC-Goiás, 2009, p. 5). Desse modo, pode-se afirmar que os cursos de graduação da PUC-Goiás se fundamentam em princípios religiosos e político-institucionais, priorizando a excelência dos processos educativos e a formação humanística (Igreja Católica) (PLANO DIRETOR/PUC-Goiás, 2009).

Foi a partir de um processo de reformulação curricular que se chegou ao modelo proposto, baseado em atividades integradoras e conteúdos temáticos, organizados em sistemas e fases evolutivas. Eliminou-se a separação entre o ciclo básico e o profissionalizante:

A comissão de reformulação curricular do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás chegou ao modelo proposto, fundamentado na Constituição Federal do Brasil de 1988 que garante, em seu artigo 6º, a saúde como um direito social, resultante das condições de vida, de trabalho, de acesso a bens e serviços indispensáveis à saúde, enfim, respaldada na estrutura epidemiológica cujos elementos: “homem” (relação indivíduo/sociedade); “meio ambiente” (relação ecológica); e “agente problematizador”, interagem em processo dinâmico, aberto e multifacetário. (PLANO DIRETOR/PUC-Goiás, 2009, p. 3)

---

<sup>4</sup>Atualmente, Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-Goiás).



O objetivo geral do curso citado da PUC-Goiás é formar profissionais da área da medicina com “base epistemológica, competentes no atendimento e no gerenciamento da saúde coletiva, em sintonia com as políticas de saúde vigentes e capazes de uma visão integrada e humanizada do processo saúde-doença” (PLANO DIRETOR/PUC-Goiás, 2009, p. 7).

O curso é organizado por meio de eixos temáticos, apresentando módulos com disciplinas semestrais ou anuais de acordo com o conteúdo e com a carga horária, embasando-se nas metodologias problematizadoras.

As atividades são distribuídas em teórico-práticas nas áreas básicas, clínicas e no Internato. Foi organizado de forma integrada, em complexidade crescente, e promovendo ao aluno as condições para a inserção o mais precocemente possível com a realidade social e com os serviços de saúde, portanto, tendo o ensino centrado no estudante.

A proposta de organização curricular está estruturada de modo nuclear no sentido de romper a fragmentação dos diferentes âmbitos do conhecimento profissional, visando promover o repensar crítico multidisciplinar, articulado e consequente com as ações teórico-práticas, sejam estas do currículo obrigatório ou não obrigatório (PLANO DIRETOR/PUC-Goiás, 2009).

Para a definição do currículo foi utilizado como referência o perfil do profissional a ser formado, bem como os conhecimentos, as habilidades e as atitudes a serem estimuladas e integradas durante o curso. A partir dessas considerações propõe-se este projeto de reestruturação curricular com as seguintes diretrizes:

Priorizar a visão global do ser humano; evitar a visão fragmentada do organismo em: biológico, social, cultural, psíquico ou partes isoladas do mesmo ser orgânico; Ensinar o aluno a aprender buscando, a partir de casos motivadores, a visão global do processo saúde-doença e sua interação social; dar ao aluno oportunidade de integrar seus conhecimentos desde o início do aprendizado através de uma atitude ativa em relação ao objeto de estudo; estimular as discussões interdisciplinares, treinando periodicamente os docentes para tal atitude pedagógica; Inserir precocemente o aluno na comunidade. (PLANO DIRETOR/PUC-Goiás, 2009, p. 7)

Quatro pontos foram relacionados como macrotendências a serem contempladas na formação do aluno. A primeira denomina-se ético-humanista, que propicia a formação de profissionais para a atuação com uma visão integrada do ser humano, ou seja, levando em conta os fatores biológicos, psicológicos e sociais a partir de princípios éticos. Dentro do perfil ético-humanista, priorizou-se a relação com os profissionais de saúde e equipe e a

relação com os usuários. A Educação continuada é o segundo ponto a ser contemplando. O profissional deve estar habilitado para a contínua atualização dos conhecimentos necessários à compreensão da realidade na qual está inserido. A ênfase durante o curso deverá ser a de promover situações de aprendizagem que permitam o desenvolvimento dessas habilidades (aprender a aprender). O currículo deve estimular a necessidade de educação continuada levando o aluno desde cedo à aprendizagem autônoma, com consciência da necessidade de conhecer permanente e adequadamente a realidade em que estará inserido profissionalmente. O terceiro ponto refere-se à inserção precoce do aluno no atendimento à população. O contato com usuários do sistema de saúde deverá evitar a desarticulação entre a prática e a teoria, visando a apreensão dos condicionantes e determinantes do processo saúde – doença, bem como ensejará o desenvolvimento de atitudes e do compromisso profissional. Finalmente, a capacidade do gerenciamento e a administração em saúde apresentam-se como fundamentais na formação do aluno. Desenvolve-se à medida que o aluno participar ativamente da atenção à população. A atividade do aluno junto aos vários níveis do sistema de saúde, assumindo responsabilidades e trabalhando de forma integrada com profissionais de diversas áreas, o levarão a entender o sistema de saúde no qual tem inserção qualificada.

O curso de Medicina do Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA – é o mais novo curso autorizado no estado de Goiás. Iniciou-se no dia 10 de março de 2008, a partir da Portaria do Ministério da Educação que autorizou o funcionamento do curso de Medicina. Oferece cinquenta vagas semestrais por meio de vestibular.

Conforme consta do projeto pedagógico, o referido curso se fundamenta em uma concepção metodológica baseada na realidade da população da cidade de Anápolis, voltando-se para o atendimento de suas necessidades.

A cidade de Anápolis, por sua localização geográfica e por sua importância socioeconômica estratégica para o desenvolvimento de sua microrregião e do estado de Goiás, teve necessidade de abrigar um curso de graduação em Medicina, oferecendo infraestrutura médico-hospitalar e rede básica adequada e em condições ideais para as práticas abrangentes e necessárias para a formação médica de qualidade.

Um dos elementos que explicitam a relevância da implantação do curso de Medicina em Anápolis foi seu impacto nos processos decorrentes de suas relações com os órgãos de prestação de serviço local e com a comunidade, especialmente com os usuários dos serviços de saúde pública. Tal processo de interação permite a veiculação do conhecimento da área da saúde, cujo alcance envolve a formação do acadêmico, a troca contínua entre os profissionais integrantes dos órgãos prestadores de serviços, notadamente nas Unidades Básicas de Saúde e

alcança, ainda, a própria comunidade, em um processo de educação e conscientização permanente.

A construção do PP para a implantação do Curso de Medicina da UniEVANGÉLICA tomou como base teórica para sua elaboração duas formulações que marcaram a última década no campo da Educação Médica Mundial:

A primeira delas baseou-se na experiência do Programa UNI concebido por um grupo de consultores da Fundação W. K. Kellogg e que deu apoio a implantação de 23 projetos em Universidades da América Latina a partir do início dos anos 90. A Segunda foi protagonizada por uma Rede de Instituições de Ensino Superior denominada *Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Sciences*, cuja secretaria executiva é sediada em Limburg, Holanda, e reúne hoje mais de 250 instituições filiadas. A “Network” tal como é conhecida na América Latina foi a responsável pela disseminação de duas importantes estratégias que marcaram a transformação do ensino das profissões de saúde por todos os cinco continentes do planeta: a Aprendizagem Baseada em Problemas e o Ensino Orientado para a Comunidade. (PP, UniEVANGÉLICA, 2006,p. 25)

Em 2010, foi reconhecida como instituição cristã de educação tendo como missão: “ a construção de uma cultura de valores voltada para a cidadania, assegurando um projeto educacional de vanguarda, com ênfase na formação técnico-científica e ético-cristã, contribuindo para o crescimento integral do homem e para o desenvolvimento sustentável da região” (PP, UniEVANGÉLICA, 2006, p. 82).

Desse modo, prevê a utilização do APB como ferramenta pedagógica principal e procura desenvolver uma base integrada de conhecimentos, práticas e atitudes no profissional em formação, que se manifesta estruturalmente nos eixos humanístico-profissional, técnico-científico e comunitário assistencial.

O Eixo Humanístico propõe que em todos os blocos sejam estruturados processos experienciais de aprendizagem que intencionem maximizar o impacto destes domínios atitudinais, particularmente no campo da reflexão centrada no estudante e no desenvolvimento do pensamento crítico.

O Eixo Técnico-Científico abrange os conteúdos biomédicos do curso médico, incluindo a base de conhecimentos e habilidades da prática médica, os princípios científicos e o pensamento acadêmico em Medicina, associados aos domínios de áreas amplas tais como a Psicologia, a História da Medicina, a Antropologia Médica, a Economia, a Medicina Legal, a Sociologia, a Cultura e outras Ciências Humanas e Sociais formam a estrutura conceitual desse eixo.

O Eixo Comunitário-Assistencial desenvolve a prática de ação comunitária, integrada em uma equipe multidisciplinar, na qual o estudante entra em estreita relação com a comunidade ou em ambientes e estruturas a elas pertencentes, mantendo um balanço adequado entre estes serviços e as estruturas ambulatoriais e hospitalares secundárias e terciárias.

Busca formar médicos com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, capacitado a atuar, embasado no processo de saúde e doença em seus diferentes níveis de atenção, nos princípios éticos, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde (PP, UniEVANGÉLICA, 2006).

Seu modelo pedagógico é centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador. Propõe que a produção do conhecimento ocorra de forma dinâmica por meio da ação-reflexão-ação, ou seja, “aprender fazendo”. Dessa forma, a inserção precoce dos estudantes na realidade é fator decisivo para que o olhar de cada estudante detenha-se no exame da realidade que o circunda. Assim, são apresentadas múltiplas oportunidades de interação na, com e para a comunidade, centrando a atenção de cada estudante da graduação para uma área de abrangência dos serviços ao longo dos anos de graduação, permitindo a criação de um vínculo que legitima a atuação do estudante em um local de referência.

### **3.3.1 Os objetivos dos cursos**

Ao realizar estudos criteriosos e comparativos dos objetivos propostos nos PP dos cursos de Medicina, foram observadas semelhanças significativas nas ações propostas pelos mesmos, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento de habilidades e capacidades para autoaprendizagem, autoavaliação, aprendizagem autodirigida, desenvolvimento do pensamento crítico, entre outros.

De acordo com as contribuições de Decker e Bouhuijs (2009), pode-se dizer que expressões como autoavaliação, pensamento crítico, trabalho em equipe, autoaprendizagem e aprendizagem autodirigida vinculam-se aos pressupostos das metodologias problematizadoras, em específico da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e da Problematização, focos desta pesquisa.

Ainda segundo Decker e Bouhuijs (2009), na ABP os objetivos educacionais tem sido definidos de acordo com a perspectiva construtivista, que enfatiza o desenvolvimento de habilidades do pensamento crítico.

Nesse percurso, Ribeiro (2005) destaca que a ABP tem como principais objetivos a aprendizagem de uma base de conhecimentos integrada e estruturada em torno de problemas e o desenvolvimento de habilidades de aprendizagem autônoma e de trabalho em equipe, tal como ocorre em situações práticas.

A seguir são apresentados trechos dos PP em estudo que confirmam as afirmações até então apresentadas:

O curso de Medicina da PUC-GO visa promover o desenvolvimento de habilidades e atitudes para educação em saúde **autodirigida, autoavaliação, trabalho em equipe**, relacionamento interpessoal, relação médico-paciente e raciocínio científico, crítico, clínico e epidemiológico. (PLANO DIRETOR/PUC-Goiás, 2009, p. 19) (grifos nossos)

Promover um **pensamento crítico** sobre o seu trabalho cotidiano; isto inclui a necessidade de identificar material crítico, bem avaliado pelos estudantes; favorecer que os estudantes desenvolvam capacidade e responsabilidade pela **autoaprendizagem**, que deverá instrumentalizar o aluno por toda a vida. (PP, UniEVANGÉLICA, 2006, p. 343) (grifos nossos)

O tutor/facilitador da ESCS deve demonstrar concordância com a aprendizagem baseada em problemas como um método efetivo para adquirir informação e desenvolver a habilidade de **pensar criticamente**; com a aprendizagem **autodirigida**, como, por exemplo, os estudantes tornando-se primariamente responsáveis pelo seu **próprio aprendizado**. (PP. ESCS, 2000, p. 155) (grifos nossos)

Apoiar os estudantes visando abrir espaços vitais para permitir um **crescimento autônomo**. (PP, ESCS, 2000, p.165) (grifos nossos)

A formação **humanística** e a construção de uma postura **ética** destacam-se também como objetivo nos projetos analisados, conforme evidenciam os seguintes trechos:

O médico formado deverá exercer a medicina com **postura ética e visão humanística** para o paciente, sua família e comunidade, observando os aspectos sociais, culturais, psicológicos e econômicos relevantes do contexto, baseados nos princípios da bioética e de forma crítica e reflexiva. (PLANO DIRETOR/PUC-Goiás, 2009, p. 8) (grifos nossos)

O curso de Medicina da UniEVANGÉLICA busca formar o profissional médico com concepção generalista, **humanista, crítica**, e reflexiva, capacitado a atuar, pautado em princípios **éticos**, no processo de saúde e doença em seus diferentes níveis de atenção, com ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação à saúde, na perspectiva da

integralidade da assistência, com senso **de responsabilidade social e compromisso com a cidadania**, como promotor da saúde integral do ser humano. (PP, UniEVANGÉLICA, 2006, p. 11-12) (grifos nossos)

O objetivo do curso é graduar médicos com formação geral, capazes de resolver principais problemas de saúde da população, com visão **ética, humanística e compromisso social**. (PP, ESCS, 2000, p. 80) (grifos nossos)

Ressalta-se que o processo de humanização e a construção de uma postura ética são mais vivenciados pela Metodologia da Problematização por desenvolver-se em um contexto social que permite a professores e alunos discutir e compartilhar conhecimentos por meio da observação da realidade, apontar problemas, discutir e buscar soluções. Esse exercício desperta no aluno o desejo de mudança e ações que resultam posteriormente na transformação da realidade de uma comunidade que se constitui amplamente por classes e interesses variados.

A interdisciplinaridade é também um objetivo priorizado em todos os projetos estudados. Faz parte de uma organização integrada do conhecimento no processo de ensino que pode acontecer em níveis de complexidade diferentes. Além desse fator, proporciona o aumento da eficácia do ensino por conseguir motivar e encorajar o estudante para o conhecimento e a solução de problemas e a refletir criticamente para alcançar um entendimento contextual e multidisciplinar da situação-problema, identificando suas causas e consequências, promovendo emancipação, intervenção e transformação nos níveis grupal e social.

Esse entendimento pode ser apreendido nos seguinte trecho extraído dos PP dos Cursos de Medicina:

Esta metodologia por módulos traz implícita a prática da **interdisciplinaridade**. Ou seja, em cada módulo estão embutidas as disciplinas que completam todo o conteúdo de seus enunciados. Neste caso, dá-se a cada disciplina seu verdadeiro papel, que é o do conhecimento. Desse modo, elas estão livres de todo o peso acadêmico-administrativo que possuem na forma tradicional. (PP, ESCS, 2000, p. 84) (grifos nossos)

A abordagem pedagógica reveste-se da visão de futuro da educação médica norteada pelos seguintes princípios: visão humanística, ética, com compromisso social e com qualidade do serviço [...] **interdisciplinaridade**, integração entre conteúdos [...] aluno sujeito da construção de seu conhecimento e o professor como mediador e facilitador da aprendizagem inserção do aluno na prática desde o início do curso em graus diferentes de complexidade; Diversificação dos cenários da prática; estímulo à busca do conhecimento mediante incentivo a pesquisa; Acompanhamento tutorial do aluno; Avaliação permanente do curso, de docentes e discentes, formativa e

somativa, com caráter diagnóstico transformador. (PLANO DIRETOR/PUC-Goiás, 2009, p. 12) (grifos nossos)

O currículo visa garantir e aperfeiçoar a formação geral do médico em termos técnicos, científicos e humanísticos, a partir da **interdisciplinaridade** entre áreas do saber, envolvendo as denominadas “ciências básicas”, o campo das disciplinas clínicas e cirúrgicas, do adulto e da criança, as ciências sociais e do comportamento, as disciplinas da saúde coletiva – áreas estas estruturadas em módulos que permitem a integração de saberes. (PP, UniEVANGÉLICA, 2006, p. 80) (grifos nossos)

As expressões como “aprender a aprender” e “aprender atuando” também foram ressaltadas como objetivos prioritários nos cursos, como se observa:

O aluno do curso de Medicina da UniEVANGÉLICA aprende a selecionar criticamente os recursos educacionais mais adequados, a trabalhar em equipe e a **“aprender a aprender”**. [...] O segundo modelo de aprendizagem pelos alunos é o de **“aprender fazendo”**, que propõe a mudança da seqüência clássica teoria/prática para o processo de produção do conhecimento que ocorre de forma dinâmica através da ação-reflexão-ação. (PP, UniEVANGÉLICA, 2005, p. 256) (grifos nossos)

O profissional deve estar habilitado para a contínua atualização dos conhecimentos necessários a compreensão da realidade na qual está inserido. A ênfase durante o curso deverá ser a de promover situações de aprendizagem que permitam o desenvolvimento dessa habilidade, o **aprender a aprender**. (PLANO DIRETOR/PUC-Goiás, 2009, p. 6) (grifos nossos)

Na realidade, se pretende conjugar o método pedagógico que melhor desenvolva os aspectos cognitivos da educação (**aprender a aprender**) com o método que permite o melhor desenvolvimento das habilidades psicomotoras e de atitudes (**aprender fazendo**). (PP, ESCS, 2000, p. 76) (grifos nossos)

Com relação aos objetivos apresentados, foi possível identificar que os conceitos interdisciplinaridade, autoavaliação, pensamento crítico, trabalho em equipe, autoaprendizagem e aprendizagem autodirigida apresentam elementos que caracterizam o vínculo tanto com o PBL como com a Metodologia da Problematização. Os conceitos de humanização, ética e cidadania relacionam-se mais com a Metodologia da Problematização por esta oportunizar aos alunos o contato real com os problemas da comunidade, e após análise e reflexão crítica o desenvolvimento de ações concretas para a resolução de problemas, diferentemente da ABP, que se estrutura em problemas que simulam situações reais.



### 3.3.2 A concepção de ensino

Segundo Libâneo (2010), deve-se compreender o processo de ensino como atividades agrupadas e organizadas do professor e dos alunos, com o objetivo de alcançar resultados relacionados ao domínio de conhecimentos e ao desenvolvimento de capacidades intelectuais. Com base nas ideias do autor, pode-se dizer que essas atividades podem ser desenvolvidas de duas maneiras: a primeira diz respeito a quem deve ser o principal responsável pelo processo de ensino/aprendizagem (professor ou aluno); a outra, à forma como o conteúdo a ser ensinado deve ser organizado (centrado em assunto/temas ou na solução de problemas) para o alcance dos resultados, ou seja, da aprendizagem significativa.

Dessa forma, o ensino pode ser apresentado em quatro modalidades: centrado no professor, baseado em assuntos/temas; centrado no estudante, baseado em assuntos; centrado no professor, baseado na solução de problemas; e centrado no estudante, baseado na solução de problemas.

Para Mamede e Penaforte et al. (2001), nos currículos embasados no ensino e aprendizagem por problema um dos papéis do professor é o de estimular o pensamento crítico e o autoaprendizado entre os estudantes, promovendo a elaboração dos conhecimentos prévios e adquiridos, a construção das estruturas cognitivas, a aprendizagem no contexto e a motivação. Ou seja, o ensino centra-se no aluno, e não mais no professor. Isso implica a passagem do estudante do papel passivo para o ativo no processo de ensino-aprendizagem, inclusive para que ele possa se autoavaliar.

Observou-se que os cursos de Medicina envolvidos nesta pesquisa apresentam, em seus PPs, o ensino centrado no aluno, com foco no ensino e aprendizagem por problemas. Citam-se trechos dos projetos que afirmam essa concepção:

O curso de Medicina da UniEVANGÉLICA foi formulado prevendo a utilização do **ensino e aprendizagem por problema** como ferramenta principal, justamente por ser um modelo pedagógico-didático **centrado na iniciativa do aluno** e que visa um maior envolvimento dos alunos na busca do conhecimento. (PP, UniEVANGÉLICA, 2006, p. 12) (grifos nossos)

O curso de Medicina da ESCS adotou o **ensino centrado no aluno** como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador do processo de ensino-aprendizagem, enfocando o **aprendizado baseado em problemas** e orientado para a comunidade. (PP, ESCS, 2000, p. 75) (grifos nossos)



O curso de Medicina da PUC visa o **aluno como sujeito da construção de seu conhecimento** e o professor como mediador e facilitador da aprendizagem. (PLANO DIRETOR/PUC-Goiás, 2009, p. 12) (grifos nossos)

O ensino no curso da PUC-GO prioriza a **aprendizagem baseada por problema**, permitindo o aluno conhecer ativamente situações variadas de vida, interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início do curso (PLANO DIRETOR/PUC-Goiás, 2009, p. 37) (grifos nossos)

Cyrino e Toralles-Pereira (2004) observam ser a forma de ensino que prioriza a aprendizagem baseada em problemas ou situações que intencionam gerar dúvidas, desequilíbrios e perturbações intelectuais proveniente da proposta educativa de John Dewey (1859-1952), descrita em três conceitos essenciais:

1) Educação como construção da experiência, implicando a ideia de um contínuo reconstruir e organizar da interação do homem com o cosmos ,com o sentido de aumentar a riqueza e o conteúdo social da existência; 2) Educação como crescimento, em que seus fins, identificando-se com os fins da própria vida, definem-se como crescimento e desenvolvimento continuado; 3) Educação e motivação, em que a força matriz da aprendizagem se configura como uma manifestação de auto-expressão do *self*. (MAMEDE e PENAFORTE et al. ,2001, p. 58)

Educação e motivação, para Dewey, se apresentavam como pressupostos inseparáveis, assim como a vida-experiência e aprendizagem, porque o interesse para aprender ocorre quando o sujeito encontra um significado de apropriação pessoal com o fato a ser aprendido (CARLINI, 2006, p. 110).

Para Dewey (apud CARLINI, 2006), o conhecimento é uma atividade dirigida que não tem um fim em si mesmo, mas está dirigido para a experiência. Dewey ser a experiência reflexiva a razão de todo o processo de aprendizagem. Ela ocorre em cinco fases, que podem ser resumidas como perplexidades diante da situação problema, de antecipação da hipótese de solução, exploração dos aspectos relevantes do problema, de reelaboração das hipóteses inicial e, finalmente, de uma ação que sirva para aplicar as hipóteses escolhidas para verificar os resultados.

Identificam-se essas cinco fases da experiência refletida na prática dos acadêmicos dos cursos de Medicina pesquisados. Os acadêmicos, durante as sessões tutoriais, são orientados a analisar um problema sobre um determinado assunto. Ao observá-los, percebe-se inicialmente uma situação de perplexidade com a situação real narrada. São levados a buscar meios, e os motivos das causas, levantando hipóteses para uma possível explicação. Na elaboração destas, reportam-se ao problema constantemente. Posteriormente, fazem um estudo individual,

sistemizam os dados e discutem em grupo os resultados de sua pesquisa. Assim, fundamentam suas hipóteses ou aceitam outras, com o objetivo principal de explicar os aspectos do problema. A concepção de ensino dos cursos de Medicina, desse modo, centra-se em um aluno ativo, participante do processo de ensino e atuante como problematizador das questões estudadas.

A metodologia da Problematização também visa o ensino centrado no aluno. Este tem um papel mais ativo e participante na identificação, definição, descrição, seleção e resolução do problema. O professor caminha ao lado do aluno e, quando necessário, intervêm com informações mais sistematizadas.

Diferente da ABP, a metodologia da problematização requer a aplicação dos conhecimentos e experiências do professor para promover o desenvolvimento cognitivo, crítico, reflexivo e independente dos alunos e de si mesmo. Dessa forma, como esclarecem Decker e Bouhuijs (2009), o professor institui uma ponte entre os conhecimentos prévios dos estudantes e o novo conhecimento a ser apreendido, o que chamamos de ensino ativo. Este desafia os alunos a pensar criticamente, tendo como ponto de partida o contexto histórico, cultural, econômico e social em que o problema está inserido.

Para Decker e Bouhuijs (2009), na ABP o papel fundamental do professor é permitir que os estudantes se apropriem do problema com autonomia e independência. Estimular o aluno a encontrar suas próprias respostas por meio da discussão em grupo, leitura de novos livros e artigos, consultas a especialistas, etc. O diálogo entre tutor e aluno, diferentemente da metodologia da problematização, não tende à troca de entendimento de um dado problema. Essa troca deverá acontecer, na realidade, durante as atividades de grupo, na relação aluno-aluno. Cabe ao professor sistematizar o conhecimento necessário à análise ou resolução do problema.

Dessa forma, ambas as metodologias, ABP e Metodologia da Problematização, desenvolvidas nos cursos de Medicina em estudo, apresentam o ensino centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e no professor como facilitador .

### 3.3.3 A concepção de aprendizagem

Ramsden (1988 apud DEELMAN e HOEBERIGS, 2009) afirma que a postura dos professores, os tipos de atividades escolhidas por estes para os alunos, os estágios, as habilidades, as formas de avaliação, são características que explicam o modo pelo qual os alunos aprendem.

Esta aprendizagem se torna realmente efetiva quando acontece pela influência do professor, mobilizando as atividades físicas e mentais próprias dos alunos no estudo dos conteúdos. É o que denominamos de processo de assimilação ou aprendizagem ativa.

Libâneo (2010, p. 83) entende a aprendizagem ativa como o “processo de percepção, compreensão reflexão e aplicação que se desenvolve com os meios intelectuais, motivacionais e atitudinais do próprio aluno, sob a direção e orientação do professor”.

Deelman e Hoeberigs (2009) entendem a aprendizagem ativa como a construção de novos conhecimentos, realizada sob a base de conhecimentos atuais, ou seja, tendo os conhecimentos prévios como base para assimilar os novos. A construção deve acontecer de maneira ativa pelos alunos, sem passividade.

Segundo Schmidt (1993 apud DEELMAN e HOEBERIGS, 2009, p. 80):

O conhecimento se estrutura em redes de conceitos afins ou semânticas. No processo de aprendizagem a nova informação se liga a essa rede. A mente tem uma estrutura associativa, daí a importância do modo de armazenar e vincular a informação àquela já presente/existente na mente do estudante. Se novos documentos forem realmente aprendidos de forma significativa e vinculados a um contexto relevante ou, preferivelmente, a diferentes contextos – torna-se muito mais fácil o acesso à informação e sua recuperação quando o aluno necessite dela no futuro, para enfrentar problemas em contextos semelhantes.

Para isso, segundo Cyrino e Toralles-Pereira (2004), é necessário um trabalho de continuidade e ruptura em relação aos conhecimentos que o aluno já traz consigo. O conteúdo novo deve apoiar-se em uma base de conhecimento já existente, o que exige do professor, como tarefa inicial, verificar o que o aluno já sabe, para, depois, relacionar os novos conteúdos à experiência do aluno e, posteriormente, acender novas necessidades e desafios pela análise crítica, levando-o a ultrapassar a sua experiência, os estereótipos, as sínteses anteriores.

Observou-se que os cursos de Medicina envolvidos na pesquisa apresentam, em seus PPs, segundo Deelman e Hoerberigs (2009), uma concepção de aprendizagem voltada para uma aprendizagem ativa, significativa e contextual. Por exemplo, os casos problemas estudados durante uma sessão tutorial simulam uma situação real problematizadora e permitem, primeiramente, que o aluno confronte a nova informação com o que já conhece, em busca de respostas para a resolução dos objetivos propostos. Isso leva os alunos a estudarem diferentes temas para entender as causas. O trabalho colaborativo em pequenos grupos durante as sessões tutoriais expõe os alunos a vários pontos de vista sobre determinado assunto estudado. No debate, o aluno pratica habilidades de resolução de problemas e evoca novos conceitos aprendidos. A seguir alguns trechos dos projetos que comprovam essa explicação:

As sessões em pequenos grupos serão realizadas para um ou mais grupos de tutoria, que poderão solicitá-las sempre que tiverem dificuldades com determinados assuntos e necessitarem da orientação de um especialista na pesquisa bibliográfica ou da opinião de um “expert”. Estas sessões deverão ser previamente agendadas com o professor, técnico ou profissional, por indicação do tutor e através do secretário responsável pela série em curso. (PP, ESCS, 2000, p. 158)

Na tutoria, um aluno será escolhido para apresentar o ‘eixo norteador’ selecionado pelo pequenos grupos ressaltando a justificativa da escolha para o grande grupo. O objetivo da discussão em pequenos grupos é estabelecer um processo dialógico mais intenso e próximo entre os próprios alunos e com o docente, permitindo a superação de eventuais barreiras emocionais em relação à comunicação em grandes grupos. (PLANO DIRETOR/PUC-Goiás, 2009, p. 45)

Os grupos tutoriais são discutidos por 10 a 12 alunos e um tutor e sua atividade é discutir os problemas planejados para o currículo de modo a facilitar a aprendizagem do aluno. Esta atividade transcorre em três tempos para cada problema. (PP, UniEVANGÉLICA, 2006, p. 264)

Essa ideia de resolução de problemas influencia na elaboração do currículo, nas funções e atividades dos docentes, no sistema de avaliação, na garantia de qualidade, bem como na organização e administração.

A experiência também se dá nas aulas voltadas à integração com a comunidade por meio da Metodologia da Problematização. Eles estudam casos problemas detectados em unidades de saúde, buscando solução para as mesmas, pois os fatores sociais também influenciam no processo de aprendizagem. É o processo “ação-reflexão-ação”.

Nesse sentido, apresentam-se trechos dos PPs dos cursos de Medicina que ressaltam essa concepção de aprendizagem:

Tendo em vista os princípios e diretrizes definidas como referenciais na formulação do projeto pedagógico do curso de Medicina, o currículo está organizado visando **no aluno** o desenvolvimento de condições para um **aprendizado ativo**, construtivo e evolutivo. ((PP, PLANO DIRETOR/PUC-Goiás, 2009, p. 23) (grifos nossos)

O aluno do curso de Medicina da ESCS, aprende pelo processo de **aprendizagem ativa**, capaz de estimular a troca de informações entre professores e alunos e entre os próprios alunos, estimulando a criatividade e levando-os a reagir à novas situações, que de maneira concreta, serão impostos pela prática profissional. (PP, ESCS, 2001, p. 75) (grifos nossos)

Com relação à concepção de aprendizagem adotada pelo curso de Medicina da UniEVANGÉLICA, pode-se dizer que seu modelo pedagógico “prioriza **metodologias ativas** de ensino e aprendizagem” (PP, UniEVANGÉLICA, 2005, p. 256) (grifos nossos).

### 3.3.4 A organização curricular por problema

O currículo é a expressão formal do projeto pedagógico da escola. É a materialização desse projeto; aponta para ele e o informa mesmo a quem não tenha tido acesso ao seu documento oficial. Por vezes os objetivos da escola, definidos em seus estatutos, não são mais do que a expressão de intenções nem sempre realizadas. Uma das formas de avaliar o quanto tais intenções se traduzem na prática é uma atenta análise do currículo. Analisaremos, então, os currículos dos cursos investigados.

A organização curricular do curso de Medicina da ESCS tem duração de seis anos. Nos quatro primeiros se assenta em três grandes eixos: a) módulos temáticos e de atualização (Eletiva); b) habilidades e atitudes; c) interação Ensino-Serviços-Comunidade (IESCS).

Os dois últimos anos, 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> séries, correspondem ao estágio curricular obrigatório, em regime de internato, com treinamento intensivo e contínuo nas áreas básicas de Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia-Obstetrícia e de Saúde Coletiva, sob supervisão dos docentes e de preceptores de internato selecionados na própria unidade de saúde onde o estágio é realizado. Nessa fase, o estudante aprende com a experiência desenvolvida tanto à “beira-do-leito” como no atendimento prestado aos pacientes no consultório do ambulatório ou centro e posto de saúde (com supervisão direta do preceptor,

residente e profissionais de saúde), nos quais aplica os conhecimentos anteriormente adquiridos, procura novos conhecimentos necessários e desenvolve as habilidades e atitudes dele esperadas.

As diretrizes norteadoras do currículo seguem sequências lógicas correspondentes ao ciclo vital, à ecologia humana e à formação geral do médico. Cada série é composta por sete unidades educacionais, com duração de quatro a oito semanas, que são os módulos temáticos, e um módulo de atualização ou eletivo .

Os módulos eletivos, realizados ao final da série, individualizam o currículo, uma vez que os estudantes têm oportunidade de escolher temas de seu interesse, dentre opções oferecidas.

Habilidades e atitudes é uma unidade educacional horizontal desenvolvida ao longo de todo o ano letivo, da 1ª a 4ª série, em que os estudantes aprendem procedimentos clínicos e cirúrgicos mais frequentes e treinam a abordagem a ser feita ao doente, a sua família e à comunidade onde está inserido. São ainda tratados temas relativos à esfera psicomotora em laboratórios, ambulatórios, enfermarias e outros locais, visando o desenvolvimento das habilidades clínicas e das atitudes necessárias ao bom desempenho profissional.

A Interação Ensino-Serviços-Comunidade (IESC) é uma unidade educacional ou eixo horizontal também desenvolvida ao longo de todo o ano letivo, da 1ª a 4ª série, onde o estudante realiza precocemente atividades de aprendizagem vinculadas à realidade de saúde comunitária nas quatro primeiras séries. As atividades são desenvolvidas nas Unidades Básicas de Saúde e suas áreas de abrangência, em articulação com o Programa Família Saudável, realizando trabalhos em equipe multiprofissional e interdisciplinar, com ações realizadas tanto na promoção e recuperação da saúde, como na prevenção e cura das doenças.

As bases cognitivas da Medicina são apresentadas aos discentes por meio de módulos temáticos que seguem o ciclo vital do ser humano, partindo da saúde materno-infantil, passando pela adolescência, até a idade adulta e a velhice, abrangendo os tipos de problemas mais frequentes em saúde, buscando as bases dos conhecimentos como: metabolismo; doenças resultantes da agressão ao meio-ambiente; a perda de sangue; dor; problemas mentais; dispneias; bioética; perda de peso. Geralmente são acompanhados de estágios em unidades de saúde hospitalares, extra-hospitalares e na comunidade.

Durante os primeiros quatro anos do curso, são oferecidos 27 módulos temáticos. Além destes, oferece-se aos alunos a oportunidade de completar seus conhecimentos, módulos eletivos livres, de livre interesse, sem obrigatoriedade, que consistem na imersão nos serviços de saúde com orientação e supervisão de profissionais, reconhecidamente habilitados e

experientes na área de atuação, com duração de quatro semanas/ano. Também durante os quatro primeiros anos, os alunos são inseridos desde os primeiros períodos do curso em atividades práticas tanto em laboratórios como em serviços de saúde e na comunidade, estabelecendo contato com pacientes e comunidade. São ofertadas oportunidades de aprimoramento por meio do Laboratório Central, do Hemocentro de Brasília, de laboratórios de simulação, ambulatórios e centros de saúde, experiências e estágios hospitalares, Programa Saúde da Família e bibliotecas, inclusive virtuais, por meio de acesso a meios eletrônicos como a Internet.

[...] A combinação entre ABP e o contato com pacientes desde o início do curso, a integração de diferentes disciplinas e elementos de ensino interprofissional, além da ênfase do aperfeiçoamento das habilidades de comunicação, tornaram-se a base do currículo médico. [...]. (DAHLE et al., 2009, p. 123 apud ARAÚJO e SATRE, 2009)

A estratégia de aprendizagem da formação médica baseia-se no seguinte esquema :

I – Módulos de ensino:

- Grupos tutoriais;
- Palestras/conferências;
- Módulos eletivos;
- Consultorias;
- Outras atividades.

II – Capacitação em habilidades e atitudes.

III – Interação ensino-serviços-comunidade.

IV – Internato Médico.

V – Gerenciamento acadêmico-administrativo.

VI – Plano de implantação do currículo.

Busca-se a integração das áreas apresentadas, sendo os módulos de ensino eixos norteadores e integradores de todas as áreas de estudos. Segue figura explicativa a seguir:

### FORMAÇÃO CURRÍCULO ESCS NOS QUATRO PRIMEIROS ANOS

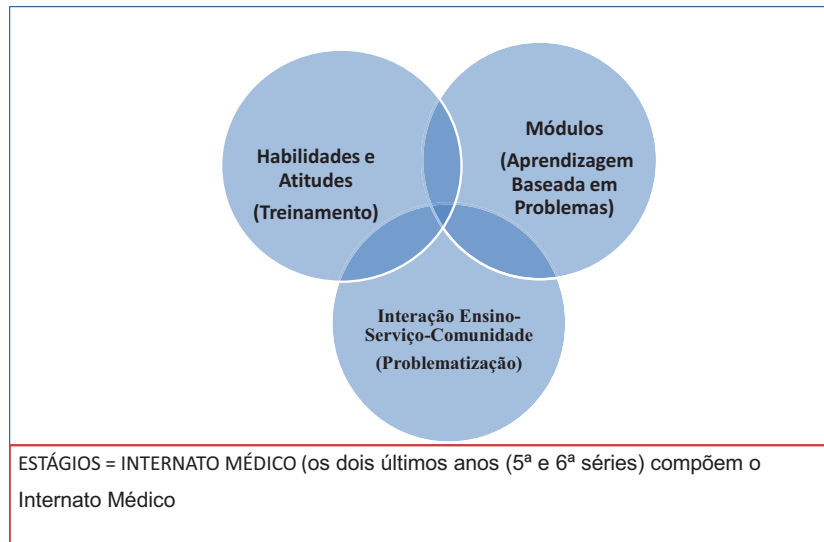


FIGURA 2: Projeto Pedagógico do Curso da ESCS.  
Fonte: PP do curso da ESCS

O modelo curricular do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Goiás-PUC-GO, diferentemente do curso da ESCS, estrutura-se nos eixos Teórico-Prático Integrado e Eixo do Desenvolvimento Pessoal. Estes se desenvolvem em cinco ciclos, por seis anos. Cada ciclo tem por objetivo o desenvolvimento de uma temática específica, que se apresenta por meio de módulos. Por exemplo, o primeiro ciclo envolve os módulos I e II, que tem por objetivo promover a introdução às ciências médicas. Predominam, nesse ciclo, as unidades com conteúdos morfofisiológicos. O segundo ciclo é composto pelos módulos III e IV, que tem por objetivo promover a articulação entre as ciências médicas e os elementos clínicos, iniciando a compreensão fisiopatológica e a aquisição da aplicação da propedêutica. Além de continuar a abordagem por sistemas, passa a introduzir as bases da semiologia e da fisiopatologia. O terceiro ciclo é formado pelos módulos V e VI, tendo por objetivos desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para obtenção, compreensão e análise de dados para o diagnóstico da saúde-doença no indivíduo e na comunidade, levando em conta o ciclo da vida. As bases fisiopatológicas da maturidade e envelhecimento serão enfocadas por sistemas. O quarto ciclo envolve os módulos VII e VIII e tem por objetivo promover realizações teórico-práticas ligadas ao diagnóstico das condições clínicas e seus diferenciais. É utilizado o ambiente hospitalar e as unidades de saúde da comunidade, bem como as demais entidades que possam trazer benefícios aos usuários e fornecer novo panorama de aprendizagem ao acadêmico. O quinto ciclo inclui os módulos IX, X, XI e XII e objetiva propiciar a formação de natureza geral mediante a aprendizagem dos conhecimentos,



habilidades e atitudes necessários para o diagnóstico, tratamento e prevenção das situações de maior prevalência e relevância no exercício da prática médica. Esse ciclo compreende o internato e enfatiza a aprendizagem em serviço com conteúdos teórico-práticos complementares para a formação geral do médico .

No eixo Teórico-Prático Integrado se aplicam as metodologias por problemas evidenciadas nesta pesquisa: a Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL – *problem based learning*) e a Metodologia da Problematização, que se consolidam nos momentos Caso-clínico (tutoria) e Caso-problema (CETPI), respectivamente.

Desde o princípio, o trabalho do aluno é vinculado a situações realistas na forma de “estudos ou situações de caso”. O “caso” pode ser uma ou mais imagens, uma descrição escrita, um vídeo ou uma pessoa. Com base nele, os alunos identificam problemas e definem objetivos de aprendizagem adicionais necessários ao seu entendimento e solução. (DAHLE et al., 2009, p. 127 apud ARAÚJO e SATRE, 2009)

O Eixo Teórico-Prático Integrado e o Eixo de Desenvolvimento Pessoal são articulados entre si ao longo dos seis anos do curso, perpassando pelos ciclos mediante a aproximação da prática médica desde a etapa inicial do curso. Essa organização curricular proporciona uma formação teórica sólida e um desenvolvimento de habilidades e atitudes operativas necessárias à prática profissional competente, ética, humanizada e socialmente comprometida com a comunidade.

No eixo de Desenvolvimento Pessoal, o segmento é responsável pelo alinhamento das questões sócio-históricas, psicológicas, éticas, relacionais e teológicas com o conhecimento sobre o processo saúde/doença. Esse eixo é constituído por um conjunto de atividades, tendo em vista: formação do aluno como pessoa e como cidadão, reflexão e revisão permanentes dos preceitos éticos e humanísticos que determinam as atitudes do homem enquanto ser social em suas relações e aquisições cumulativas no processo de ensino-aprendizagem.

O eixo Teórico-Prático-Integrado perpassa por todos os períodos do curso e tem como atributo o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários a uma formação fundamentada na ciência. Os conteúdos que compõem este eixo são selecionados tomando como referência as necessidades de saúde da população, bem como o potencial de prevenção, a letalidade e a importância epidemiológica das afecções específicas. Se realiza mediante a aproximação da prática médica, de forma a propiciar uma reflexão e construção/formulação de propostas de práticas concretas em contextos reais (ação-reflexão-

ação), buscando a aproximação à prática profissional desde o primeiro ano do curso, com graus crescentes de complexidade e carga horária prática.

Além de promover o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, cria um ambiente reflexivo que favorece o desenvolvimento de atitudes profissionais socialmente comprometidas.

A metodologia empregada no curso prioriza a aprendizagem baseada na prática e a utilização de diversos cenários, permitindo ao aluno conhecer ativamente situações variadas de vida, interação ativa do aluno com usuários e profissionais de saúde desde o início do curso, participação ativa do aluno na construção do conhecimento e interdisciplinaridade, integrando as dimensões biológica, psicológica, social e ambiental, e o conhecimento das necessidades de saúde dos indivíduos e das populações.

A seguir apresenta-se figura explicativa da organização do currículo:

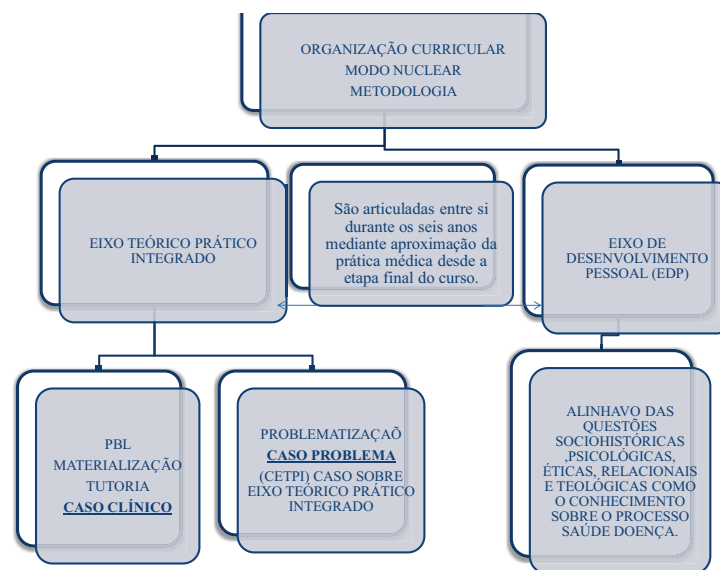


FIGURA 3: Organização Curricular da PUC-GO.

Fonte:: Figura preparada pelo autora partir de dados do PP do curso

O curso utiliza variações estratégicas na execução de sua metodologia:

- Caso-clínico Tutoria;
- Caso-problema CETPI;
- Encontros teóricos;
- Encontros práticos;
- Atividades hospitalares;
- Atendimento hospitalar em enfermarias;

- Atendimento hospitalar ambulatorial;
- Atendimento hospitalar em regime de plantão;
- Atendimento em serviços de emergência e urgência;
- Seminários;
- Sessões clínicas;
- Sessões clínicas integradas;
- Sessões anatomo-clínicas;
- Aulas teóricas dialogadas;
- Palestras;
- Estudo-livre;
- Atividades na comunidade;
- Trabalho de conclusão de curso.

A interação ensino-serviços-comunidade é promovida durante todo o curso por meio do desenvolvimento de atividades contextualizadas na realidade sócio-sanitária da população, contemplando ações de promoção da saúde, prevenção, cura das doenças e recuperação da saúde, em equipes multi e interdisciplinar e multiprofissional, tanto em unidades básicas quanto em ambulatórios e hospitais da rede. Prioriza a visão global do ser humano e ensina o aluno a aprender, buscando, a partir de atividades integradoras, a compreensão global do processo saúde/doença e sua interação social, dando a oportunidade de articular os conhecimentos desde o início do aprendizado, instruído por uma atitude ativa em relação à comunidade. Tem como substrato a região Noroeste da cidade de Goiânia, composta por Centros de Atenção Integrada a Saúde (CAIS Finsocial e Curitiba), Maternidade (Nascer Cidadão) e Equipes de Saúde da Família (ESF), em parceria e convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia.

A prática médica utiliza cenários diversificados, tais como: domicílio, centros comunitários, equipes do Programa Saúde da Família, serviços de primeiro nível de atenção à saúde (centros e postos de saúde), de segundo nível (hospitais regionais e serviços especializados) e de terceiro nível (Hospital Escola e Unidade de Emergência), além de órgãos/instituições prestadoras de serviços, como escolas, creches, asilos e centros de lazer.

A organização curricular do curso da UniEVANGÉLICA apresenta-se similar ao da ESCS. Também se desenvolve por meio de módulos temáticos que deverão orientar-se em sua construção por sistemas orgânicos, ciclos de vida e apresentações clínicas, integrando um

conjunto nuclear de conhecimentos, habilidades e atitudes que são desenvolvidos como objetivos educacionais.

O curso desenvolve-se em seis anos. A operacionalização dos conteúdos modulares ocorre do 1<sup>a</sup> ao 8<sup>a</sup> semestres e desenvolve-se por meio dos seguintes procedimentos educacionais:

- grupos tutoriais ;
- conferências;
- interação Ensino-Serviços-Comunidade – PIESF;
- capacitação em habilidades e atitudes;
- módulos eletivos.

Até o 8<sup>o</sup> período do curso são ministrados três módulos temáticos por semestre. Cada módulo temático contém aproximadamente nove problemas, nos quais estão embutidos os conteúdos das disciplinas necessários para contemplar e completar seus enunciados, ocorrendo a integração das disciplinas básicas (Anatomia, Histologia, Embriologia, Bioquímica, Fisiologia, Farmacologia, Genética, Biologia Molecular, Microbiologia, Imunologia, Parasitologia, Epidemiologia) e das disciplinas clínicas (Clínica Médica, Cirurgia, Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Psiquiatria) em unidades ou módulos integrados como, por exemplo, os módulos de Locomoção, Concepção e Formação do Ser Humano, Funções Biológicas, Processo de Envelhecimento, Mecanismos de defesa e agressão, etc.

A operacionalização dos conteúdos modulares é proposta somente do 1<sup>o</sup> ao 8<sup>o</sup> semestres – sendo feita por meio de atividades desenvolvidas no grupo tutorial, atividades em laboratórios de práticas (morfofuncional), habilidades médicas, interação serviço comunidade (PIESF) e conferências. O internato médico (dois últimos anos de curso) não se estrutura por módulos, conforme exemplificado na figura a seguir:

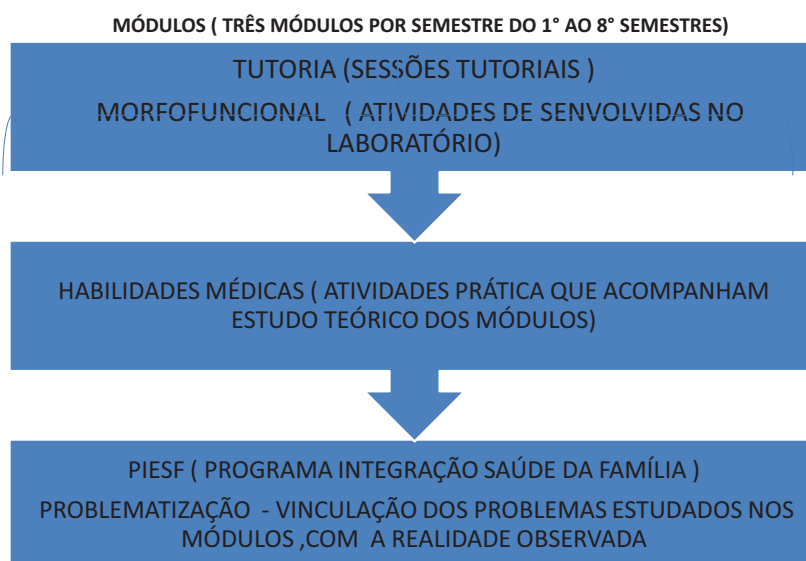


FIGURA 4: Organização Curricular da UniEVANGÉLICA.  
Fonte: Figura preparada pelo autora partir de dados do PP do curso

O currículo é estruturado longitudinalmente, em busca de desenvolver as habilidades necessárias para o exercício adequado da Medicina. O programa compreende o desenvolvimento de habilidades clínicas, realização de exame físico, de procedimentos médicos, de exames laboratoriais, das técnicas de comunicação social, acesso aos meios contemporâneos de informação médica e capacitação para a leitura crítica. Esses encontros para o desenvolvimento de atividades terão periodicidade semanal e seguem um calendário específico .

De acordo com o tipo de habilidade e para viabilizar um melhor aproveitamento dos alunos, as turmas são subdivididas em subgrupos de 22, dez ou até cinco alunos, dependendo do tipo de habilidade programada e local disponível.

A disciplina Programa de Integração do Ensino/Saúde da Família (PIESF) é ministrada em um dos períodos do dia, uma vez por semana, com conteúdos teórico-práticos relacionados com os conteúdos dos módulos priorizando o enfoque biológico-social-bioético. Será realizada por meio de grupos de estudo e atividades supervisionadas nos serviços de saúde, com a integração com equipes multiprofissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis, articulando com alunos e professores formadores em diferenciadas especialidades: Enfermagem, Farmácia, Odontologia, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia, adotando a metodologia problematizadora e de investigação científica. Os campos de atuação serão os ambientes comunitários, as equipes do Programa Saúde da Família, os serviços de saúde de primeiro nível de atenção, de segundo nível (Hospitais de Referência) e

de terceiro nível (hospitais terciários e unidades de emergência), além dos estágios eletivos, em serviços conveniados com o Curso, tanto em Anápolis como em outras cidades. Somente nessa disciplina aplica-se a metodologia da problematização, nas outras se trabalha o PBL.

O aluno deverá adquirir habilidades interpessoais que lhe possibilitem trabalhar em grupo e em equipe interdisciplinar e multiprofissional; conhecer e refletir sobre os principais problemas de saúde de uma determinada comunidade; Integrar-se a uma UBS e ESF, propor e desenvolver alternativas de solução para problemas de saúde dessa comunidade; comportar-se eticamente no seu relacionamento com as pessoas da comunidade, família, equipe de saúde e colegas de grupos; desenvolver atividades críticas e criativas com relação à atuação profissional na área de saúde; envolver a comunidade ao longo do desenvolvimento do módulo, para que ela alcance mais autonomia com relação à tomada de decisão sobre seus problemas; elaborar banco de dados como fonte de pesquisa sobre os principais problemas de saúde da população da área de abrangência da UBS.

As atividades são desenvolvidas um período por semana (quatro horas semanais), durante todo o ano, perfazendo um total de 72 horas semestrais .

Os dois últimos anos, 5<sup>a</sup> e 6<sup>a</sup> séries, correspondem ao Estágio Curricular Obrigatório, em Regime de Internato, com treinamento intensivo e contínuo nas áreas básicas de Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Ginecologia-Obstetrícia e de Saúde Coletiva sob supervisão dos docentes e de preceptores de internato selecionados na própria unidade de saúde onde o estágio é realizado. Nessa fase, as habilidades clínicas são desenvolvidas com estágios rotativos nos Hospitais de Ensino e nos Ambulatórios da Rede de Saúde da cidade de Anápolis.

Há, também, apoio técnico científico desde o início do curso por professores de inglês técnico e de metodologia científica. Por meio dessa consultoria os alunos apreendem a finalidade e a aplicação da metodologia científica no mundo acadêmico, compreendendo a estruturação do trabalho acadêmico-científico, elaborando um resumo e uma resenha, as normas e padrões exigidos na elaboração dos trabalhos de conclusão de curso, o conceito, os tipos e as técnicas de pesquisa, o emprego do projeto e do relatório e suas diferenças. Além destes, leitura e interpretação de artigos científicos estrangeiros .

As conferências acompanham o desenvolvimento dos módulos temáticos. São ministradas com até duas horas de duração e de três a quatro vezes por semana, e proferidas por professores do curso ou convidados, sempre sobre temas que estiverem sendo abordados pelos alunos nos grupos tutoriais; têm a finalidade de contribuir para a sistematização de conteúdos e para a indicação de meios para ajudar na análise dos problemas abordados. Em

caso de dificuldades, poderão também ser contactados consultores específicos por área (tutoria, morfofuncional e habilidades).

Para finalizar, apresenta-se, a seguir, a aplicação das referidas metodologias nos cursos pesquisados:

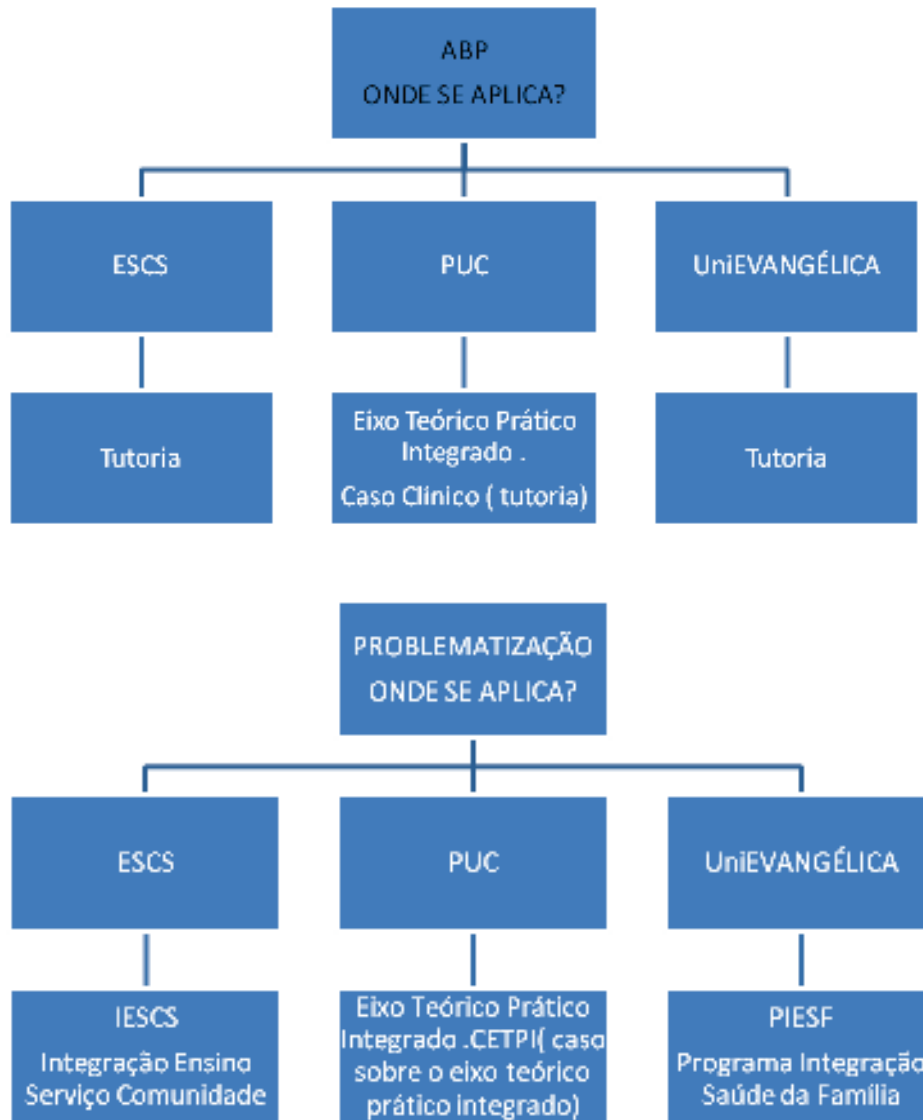


Figura 5: Aplicação das metodologias nos cursos pesquisados.  
Fonte: Figura preparada pelo autora partir de dados do PP do curso

### 3.3.5 A metodologia de ensino

Zanotto e De Rose (2003) afirmam que as metodologias ditas problematizadoras estão embasadas no trinômio PROBLEMA-EXPLICAÇÃO-SOLUÇÃO. Isto é, o aluno percorre fases, etapas, passos, devendo relacionar três momentos ou movimentos: identificação de um problema, busca de fatores explicativos e proposição de solução ou soluções.

Problematizar seria mais do que tão somente formular questões ou perguntas, como se encontra no dicionário, porque nem toda pergunta contém um problema. Problematizar significa ser capaz de responder ao conflito que o problema traz de forma intrínseca e que o sustenta ou, nas palavras de Paviani (1991, p. 63), “é a necessidade de solução de conflitos que marca e delimita o problema” (ZANOTTO e DE ROSE, 2003, p. 47).

Para Freitas (2010), a elaboração do banco de problemas, para ser eficaz, demanda conhecedores nos diversos conteúdos. Requer um currículo não organizado por disciplinas, o que provoca mudanças abrangentes na organização e gestão, além do aumento do quadro docente e do espaço físico, diversificação dos laboratórios, variadas fontes de busca bibliográfica, acesso a bases de dados, disponibilização de softwares didáticos, etc.

A Metodologia da Problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) abarcam a concepção de problemas e estimulam o aluno a aprender a partir de atividades que incentivem o estudo individual e em grupos, o ensino tutorial, centrado no aluno, a elaboração de problemas, o acesso às fontes bibliográficas e aos recursos de informática, dando oportunidade para outras práticas pedagógicas e aulas teóricas especiais e específicas.

Dessa forma, os modelos adotados pelos cursos de Medicina apresentados nesta pesquisa encontram-se fundamentados na pedagogia interativa, com prioridade para a aprendizagem por problema, tendo a ABP e a Metodologia da Problematização desenvolvidas em seus cursos, como se nota nos PPs:

O curso de medicina da UniEVANGÉLICA foi formulado prevendo-se a utilização da ABP como ferramenta pedagógica principal. Trata-se de um método pedagógico didático centrado na iniciativa do aluno. [...] o currículo contempla os problemas mais frequentes e relevantes a serem enfrentados na vida profissional de um médico. (PP, UniEVANGÉLICA, 2005, p. 261-262)

Na UniEVANGÉLICA, a Metodologia da Problematização é desenvolvida na disciplina “Programa de Integração do Ensino Saúde da Família” (PIESF). A metodologia do curso de Medicina da ESCS desenvolve-se de forma similar ao curso da UniEVANGÉLICA, ou seja, a partir do desenvolvimento da ABP nas sessões tutoriais, da Metodologia da Problematização por meio da Interação Ensino-Serviço-Comunidade (IESC).

A metodologia do curso de Medicina da PUC também se baseia “nas estratégias que tiveram êxito nas metodologias ativas, que envolvem a ABP e a Metodologia da Problematização e se materializam em dois momentos: Caso-clínico (tutoria) e Caso-



problema (CETPI) respectivamente” (PLANO DIRETOR/PUC-Goiás, 2009, p. 14), já explicitadas anteriormente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cursos de Medicina investigados foram formulados prevendo-se a utilização das metodologias Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) e Metodologia da Problematização (MP). O conceito dos modelos pedagógicos adotados é o de aprender fazendo, que sugere que o conhecimento deve ocorrer na ordem inversa, ou seja, da prática para a teoria. A aprendizagem é processada por meio do estudo de casos reais, sejam eles vivenciados ou simulados.

A proposta dos estudos faz-se por meio de atividades em grupos, denominadas sessões de tutoria, que propiciam o exercício de trabalho em equipe, da colaboração, da comunicação, da responsabilidade, da avaliação, da criatividade e da motivação. Tal proposta se dá, ainda, pela inserção precoce do aluno na atenção à população, em contato com os usuários do sistema de saúde. A ABP e a MP buscam evitar a desarticulação entre a prática e a teoria, visando a apreensão dos condicionantes e determinantes do processo saúde-doença.

Os cursos de Medicina analisados possuem a concepção de ensino centrada no aluno como sujeito da aprendizagem, devendo este produzir o conhecimento por meio da ação-reflexão-ação, conjugando o enfoque pedagógico que melhor desenvolva os aspectos cognitivos da educação (aprender a aprender), com o enfoque que permite o melhor desenvolvimento das habilidades psicomotoras e de atitudes (aprender fazendo).

O conhecimento se dá pela aprendizagem autônoma e se apoia no professor como facilitador do processo de ensino, tendo ambientes e meios favorecedores. A inserção do aluno se dá precocemente em atividades práticas relevantes para sua futura vida profissional.

Os cursos também se estruturam em eixos e módulos temáticos no qual os conteúdos são aprendidos sob a forma de problemas. Um pequeno grupo de estudantes, orientado por um tutor, deve apresentar soluções para os casos específicos. Os alunos buscam informações nas diversas fontes de pesquisa existentes (livros, Internet, consultores, etc.) para construir seu conhecimento.

Por meio do estudo, observou-se que os currículos da ESCS e da UniEVANGÉLICA apresentam similaridade maior no que diz respeito ao desenvolvimento da APB e da MP. Ambas trabalham com seis módulos anuais, apresentando temas semelhantes. Para o

desenvolvimento da ABP é preciso seguir criteriosamente os sete passos de uma sessão tutorial.

A Metodologia da Problematização nessas duas instituições é vislumbrada no trabalho desenvolvido com a interação entre o ensino e a comunidade nas disciplinas IESC e PIESF. A proposta é similar, apresentando diferenças apenas em número de horas de aplicabilidade, conteúdos e unidades de saúde visitadas.

A PUC-Goiás traz um currículo que se difere dos demais, apresentando a aplicabilidade das referidas metodologias em casos propostos dentro do eixo Teórico-Prático Integrado. A Metodologia da Problematização é estudada baseada em um caso-problema identificado na comunidade e preparado pelos alunos para, posteriormente, ser discutido com os mesmos e com toda a equipe de professores do módulo na atividade. A APB se desenvolve no eixo Teórico-Prático Integrado por meio de casos clínicos. No projeto, apresenta-se a metodologia também por tutoria, seguindo os sete passos de uma sessão tutorial, não se diferenciando da aplicabilidade dos demais cursos.

Um elemento importante dos currículos apresentados é a integração vertical e horizontal. A disciplina Habilidades e Atitudes é uma unidade educacional horizontal desenvolvida ao longo de todo o ano letivo, variando de períodos de um curso para o outro, em que os estudantes aprendem procedimentos clínicos e cirúrgicos mais frequentes e treinam a abordagem a ser feita ao doente, sua família e à comunidade em que se encontra inserido. As atividades, voltadas para os serviços à comunidade, também fazem parte de um eixo horizontal desenvolvido ao longo de todo o ano letivo, no qual o estudante realiza precocemente atividades de aprendizagem vinculadas à realidade de saúde comunitária nas quatro primeiras séries. O eixo vertical estruturador se faz por meio dos módulos de ensino tratados em forma de problemas ou casos nas sessões tutoriais e conduz todos os conteúdos e objetivos do curso.

O programa de integração vertical e horizontal de conteúdos programáticos é estratégia de interdisciplinaridade nos Cursos de Medicina e oferece diversos elementos que podem ser úteis à busca de melhoria da qualidade do ensino, da pesquisa e da extensão praticada. Segundo Andrade, Amboni e Lima (2010, p. 13), o programa deve fazer parte do Projeto Pedagógico dos Cursos e ter como objetivo geral “fomentar a discussão, a avaliação e a socialização de referenciais teóricos, experiências de ensino-aprendizagem, sistema de avaliação e bibliografias, visando identificar e incentivar o diálogo”. Deve ser compreendido como princípio articulador do pensamento integrador, que une diferentes modos de pensar e que permite a tessitura comum com resultado interdisciplinar. Integram as ciências básicas

com a clínica em forma constante durante todo o curso, buscando dar mais “significado” àquilo que se aprende no decorrer do curso.

Pelo estudo dos objetivos educacionais propostos nos projetos pedagógicos dos cursos de Medicina, os acadêmicos dos cursos aprendem de forma ativa, assimilando os conhecimentos, as habilidades, as atitudes e a conduta profissional de forma significativa e em um contexto realista, para garantir que adquiram as competências necessárias para sua futura carreira profissional.

Os cursos investigados abordam a aprendizagem multidisciplinar, com foco em um ensino humanizador, que proporcione ao aluno o autoconhecimento, o aprender fazendo e estando em contato com a realidade desde os primeiros anos do curso.

Dos três cursos apresentados, somente o curso de Medicina da ESCS foi reconhecido e já formou quatro turmas no ano de 2010. O curso da PUG-Goiás formará sua primeira turma em 2011 e deverá passar, nesse mesmo ano, pelo processo de reconhecimento. O curso da UniEVANGÉLICA tem sua primeira turma cursando o 4º ano do curso, vindo a obter reconhecimento somente em 2013. Com relação aos vínculos religiosos, apenas o curso de Medicina da ESCS-DF não se apresenta como instituição voltada aos princípios cristãos.

Com relação às orientações teóricas dos autores Veiga (2002) e Libâneo (2000), para a construção dos PP verificou-se que os mesmos apresentaram lacunas nos princípios relativos à sistematização das informações.

Os dados referentes ao histórico e à justificativa para a criação dos cursos e ao processo de elaboração e implantação dos mesmos não foram significativos em nenhum dos cursos, ou seja, não são expostos de forma clara. Foi necessária a busca em sítios de pesquisa para encontrar esses dados.

Quanto aos ideários que fundamentam os cursos, todos apresentaram sua concepção de educação, valores a promover e princípios de ação pedagógica didática, porém, no que diz respeito aos embasamentos teóricos, somente a UniEVANGÉLICA apresentou informações sobre duas formulações que marcaram a última década no campo da Educação Médica Mundial. A primeira delas baseia-se “na experiência do Programa UNI concebido por um grupo de consultores da Fundação W. K. Kellogg e a segunda protagonizada pela *Network of Community Oriented Educational Institutions for Health Sciences*” (UniEVANGÉLICA, 2005, p. 18), já citadas anteriormente.

Observou-se que há destaque significativo por todos os cursos para os objetivos referentes ao “perfil ou características do médico que se quer formar”, mas, no que diz

respeito aos objetivos gerais e específicos próprios do curso, somente a PUC-Goiás apresentou dados significativos.

A proposta metodológica curricular foi amplamente apresentada por todos os cursos, porém, os aspectos administrativos e financeiros do curso pouco ou nada foram citados.

Libâneo (2000) sugere que o tema avaliação do projeto seja contemplado como item final no projeto e, diante do que foi lido e analisado, não há, por nenhum dos projetos analisados, avaliação específica do projeto, mas sim dos instrumentos de avaliação utilizados em cada área de estudo dos cursos.

Pode-se afirmar, ainda, que não há uma preocupação dos mesmos em avaliar as atividades desenvolvidas nos cursos pelos envolvidos diretamente no processo de ensino e de aprendizagem. Entretanto, reconhecem a necessidade de formação didática constante para os professores, e não apenas específica ao manejo das metodologias problematizadoras, pois os docentes, em sua maioria médicos, desconhecem a importância do planejamento, da elaboração de planos de ensino e, principalmente, do conceito de avaliação.

Além da necessidade de mais formação didática dos docentes, apresentam também em seus projetos a preocupação com a estruturação de um núcleo de avaliação e formação psicopedagógica que atenda aos professores e alunos. Dos cursos em estudo, somente o da ESCS já apresenta uma comissão de avaliação estruturada e específica para o curso de Medicina.

No que diz respeito à aplicabilidade das metodologias APB e MP nos Projetos Pedagógicos estudados, foram observadas diferenças nas propostas de trabalho, ora a resolução de problemas, ora em suas concepções críticas da sociedade.

As metodologias ABP e MP apresentam íntima relação com as propostas educacionais contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina, como também da Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001, pois contemplam em seus Projetos Pedagógicos objetivos que visam a participação ativa do aluno na construção do conhecimento, na integração entre os conteúdos por meio de módulos ou eixos temáticos, no ensino centrado no aluno, com o intuito de dar-lhe autonomia para comprometimento e a capacidade de análise crítica com inserção precoce em atividades práticas relevantes para a sua futura vida profissional, entre outros.

Essas metodologias são consideradas responsáveis pelas mudanças hoje trazidas no currículo das escolas médicas, e são comparadas, inclusive, com as mudanças ocorridas durante o período de inserção do modelo de formação flexneriano proposto no início do século XX. Porém, mesmo diante das evidências e relevâncias de tais metodologias nos dias

atuais, o termo “aprendizagem baseada por problema” não pode ser considerado uma novidade. Diante desse estudo, observou-se que as propostas de um ensino por problema, contemplados nas metodologias ABP e MP, apresentam elementos epistemológicos baseados no pensamento pedagógico de educadores, como John Dewey, Paulo Freire, Dermeval Saviani, entre outros.

Em relação aos ideais teóricos de Paulo Freire e John Dewey, evidenciados neste trabalho, afirma-se que estes autores sempre lutaram por uma educação democrática e igualitária voltada para os interesses e vivências dos alunos. Buscavam uma aprendizagem reflexiva do “fazer”, tendo o conceito de experiência como fator central, bem como o envolvimento com questões sociais, econômicas e históricas de uma determinada comunidade. Ambos os autores utilizavam problemas como ponto de partida para o ensino e a aprendizagem dos alunos. Partiam do pressuposto de que o aluno “sempre sabe algo sobre alguma coisa”, ou seja, que o mesmo traz consigo conhecimentos prévios que lhe permitem interpretar e realizar uma primeira aproximação do objeto do conhecimento, do problema. Tinham o aluno como o centro do processo de ensino e aprendizagem, sendo este o protagonista do seu próprio processo de formação, como hoje se propõe na LDB 9.394/96 e nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), um direcionamento do ensino para uma pedagogia centrada no aluno, com ênfase na problematização.

Pode-se dizer que a única diferença entre as teorias dos autores supracitados com as referendadas nos dias atuais está no fato de estas serem atualmente contempladas em outro período histórico, com um novo conceito de homem e sociedade e, conseqüentemente, uma nova visão de educação, totalmente diferente do que era oferecida no século passado.

Não sabemos se estas propostas metodológicas realmente representarão alternativas para a educação atual. Não temos até então publicações significativas que afirmem com clareza que essas mudanças produzam profissionais, em particular médicos, melhores, muito menos de que estas devam ser as metodologias que proverão a solução para algumas de nossas escolas médicas. Não há como negar que estamos todos “experimentando” novas formas de ensinar com raízes epistemológicas já defendidas em outras épocas. Estamos entusiasmados, com tendência a ressaltar somente o que tem dado certo e repelindo os ditos métodos de ensino tradicionais. Isso é perigoso! Estamos nos sustentando somente no que tem dado certo, e bem sabemos que um dos fatores que já se mostram preocupantes atualmente é o fato de que alunos e professores não estão se sentindo realmente preparados para o ensino e para a aprendizagem por problemas. Há muitas formas de se ensinar, não há uniformidade, corremos o risco de estudar tudo sem foco. Os módulos de ensino propõem estudo por temas

geradores que são orientados por professores intitulados facilitadores, porém que, muitas vezes, não tem uma formação generalista e, por mais que tentem, não conseguem ter domínio de um tema que não é sua especialidade médica. Podemos correr o risco de ficarmos no “achismo”, ou do “estudar o que deu tempo” porque os objetivos propostos nos problemas não foram bem delineados por quem os elaborou e acabaram por se tornar abrangentes.

## REFERÊNCIAS

AGUIAR, A. C. de. Implementando as novas diretrizes curriculares para a educação médica: o que nos ensina o caso de Harvard? *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 5, n. 8, fev. 2001.

ALENCAR, N. de A.; JUNIOR, J. V. S. Aprendizagem baseada em problemas: uma nova referência para a construção do currículo de cursos da área de saúde. *Health & Biotechnology Research*, v. 1, n. 1, 2011.

ALMEIDA, M. J. de. et al. Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais na Graduação em Medicina no Paraná. *Revista Brasileira De Educação Médica*, v. 31, n. 2, p. 156-165, 2007.

AMARAL, H. Medicina na UCG: entidades médicas se dividem. *Jornal Opção online*, mai. 2005. Disponível em: C:\Users\info\Desktop\mestrado\dissertação\capítulo I\OS CURSOS DE MEDICINA EM GOIÁS\\_\_Jornal OpçãoOn-Line\_.htm. Acesso em: 12 mar. 2011.

ANDRADE, R. O. B. de.; AMBONI, N.; LIMA, A. J. de. Programa de Integração Vertical e Horizontal de Conteúdos Programáticos: um olhar interdisciplinar no curso de graduação em Ciências Contábeis. *Revista de Contabilidade do Mestrado em Ciências Contábeis da UERJ (online)*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 2-21, jan./abril, 2010.

ARAÚJO, U. F.; SATRE, G. (Orgs). *Aprendizagem Baseada em Problema no Ensino Superior*. São Paulo: Summus, 2009.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2006.

BERBEL, N. A. N. A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? *Interfaces – Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, fev. 1998. Disponível em: <http://www.interface.org.br/revista2/artigo3.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2010.

BRASIL, Ministério da Educação. *Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Medicina*. Resolução CNE/CES n. 4, de 7 de novembro de 2001. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. *Cadastro da Educação Superior*. Brasília: MEC, 2009. Disponível em: <<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em: 15/03/ 2010.



BRASIL, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. *Parecer CNE/CES n. 1133/2001*. Aprovado em 07 de agosto de 2001, homologado em 07 de dezembro de 2001 e publicado em 10 de dezembro de 2001. Sobre diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em medicina. Disponível em: [www.mec.gov.br/cne/pdf/CES1133.pdf](http://www.mec.gov.br/cne/pdf/CES1133.pdf). Acesso em: 02/07/2010.

BRASIL, Ministério da Educação. *Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996*. Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/arquivos/pdf/lbd.pdf>. Acesso em: 10/04/2011.

BUENO, R. da R. L.; PIERUCCINI, M. C. *Abertura de escolas de Medicina no Brasil: Relatório de um cenário sombrio*. Janeiro de 2004.

CAPRARA, A.; SOARES, S. M. S.; SERAPIONI, M. A. Aprendizagem Baseada em Problemas na Pós-Graduação – A Experiência do Curso de Gestores de Sistemas Locais de Saúde no Ceará. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, jan./abr. 2001.

CARLINI, A. L. *Aprendizagem Baseada em Problemas aplicada ao Ensino de Direito: projeto exploratório na área de relações de consumo*. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. PUC-SP. São Paulo, 2006.

CUNHA, M. V. da. John Dewey e o pensamento educacional brasileiro: a centralidade da noção de movimento. *Revista Brasileira de Educação*, Universidade Estadual Paulista, Campus de Araraquara, n. 17, mai.-ago. 2001.

CYRINO, E. G.; TORALLES-PEREIRA, M. L. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: a problematização e a aprendizagem baseada em problemas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 780-788, mai.-jun., 2004.

CYRINO, E. G.; RIZZATO, A. B. P. Contribuição à mudança curricular na graduação da Faculdade de Medicina de Botucatu. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v. 4, n. 1, jan./mar. 2004.

DAHLE, L. O. et al.. ABP e Medicina - Desenvolvimento de alicerces teóricos sólidos e de uma postura profissional de base científica. In: ARAUJO, U.; SASTRE, G. (Orgs.) *Aprendizagem Baseada em problemas no ensino superior*. São Paulo, Sumus, 2009.

DECKER, I. da R.; BOUHUIJS, P. A. J. Aprendizagem Baseada em Problemas e Metodologia da Problematização: identificando e analisando continuidades e descontinuidades nos processos de ensino-aprendizagem. In: ARAÚJO, U. F.; SASTRE, G. (Orgs.). *Aprendizagem Baseada em Problemas: o ensino superior*. São Paulo: Sumus, 2009.

DEELMAN, A.; HOEBERIG, B. A ABP no contexto das universidades de Maastricht. In: ARAUJO, U.; SASTRE, G. (Orgs). *Aprendizagem Baseada em problemas no ensino superior*. São Paulo: Sumus, 2009.

DEWEY, J. *Experiência e Educação*. Trad. de Anísio Teixeira. São Paulo: Editora Nacional, 1971.

DOHMS, M. C.; SILVEIRA, R. P. A medicina de família e comunidade e o ensino de graduação em medicina. Metodologias ativas de Ensino/Aprendizagem. *Rev. Bras. Med. Fam. e Com.*, Rio de Janeiro, Suplemento 01, 2006.

ENGEL, C.; MAJOOR, G.; VLUGGEN, P. *Educação de profissionais de saúde orientada para a comunidade*. Seleção das publicações da Network – Instituições de Ciências da Saúde. Ed. em Português. Maastricht: The Netherlands, 1999.

FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE GRADUAÇÃO DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS (ForGRAD). *Do pessimismo da razão para o otimismo da vontade: referências para a construção dos projetos pedagógicos nas IES brasileiras*. Texto elaborado a partir da Oficina de Trabalho de Curitiba, realizada de 15 a 17 de setembro de 1999.

FRANCO, M. L. P. B. *Análise de conteúdo*. Brasília: Liber Livro Editora, 2008.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

\_\_\_\_\_. *Pedagogia do Oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

FREITAS, R. A. M. da M. *Ensino baseado em problemas: três abordagens e seus alcances*. Goiânia: PPGE/PUC-Goiás, 2010.

\_\_\_\_\_. *Reflexividade e Competência – a graduação em enfermagem*. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2002.

GIL, A. C. *Didática do ensino superior*. São Paulo: Atlas, 2008.

\_\_\_\_\_. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas, 2006.

GOMES, R. et al. Medical training grounded in problem-based learning: a qualitative evaluation. *Interface – Comunic., Saúde e Educação*, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 71-83, jan./mar. 2009.

GONÇALVES, M. B.; BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. Considerações sobre o ensino médico no Brasil: conseqüências afetivo-emocionais nos estudantes. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Universidade Estadual de Maringá, v. 33, n. 3, p. 493-504, 2009.

GONSALVES, E. P. *Iniciação à pesquisa científica*. 3. ed. Campinas: Alínea, 2005.

LAMPERT, J. B. et al. Tendências de mudanças em um grupo de escolas médicas brasileiras. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v; 33, supl. 1, 2009.

LIBÂNEO, J. C. *Didática*. São Paulo: Cortez, 2010.

\_\_\_\_\_. *Organização e gestão da escola: teoria e prática*. Goiânia: Edição do Autor, 2000.

MAMEDE, S.; PENAFORTE, J. (Orgs.). *Aprendizagem Baseada em Problemas: anatomia de uma nova abordagem educacional*. Fortaleza: Hucitec, 2001.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados*. 5. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.

MATTOS, M. C. I. de. Ensino médico: o que sabemos? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 1, n. 1, p. 193-195, ago. 1997.

MITRE, S. M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, suplemento 2, p. 2133-2144, 2008.

OLIVEIRA, N. A. de et al. Mudanças curriculares no ensino médico brasileiro: um debate crucial no contexto do Promed. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v. 32, n. 3, p. 333-346, 2008.

PADILHA, P. R. *Planejamento dialógico: como construir o projeto pedagógico da escola*. São Paulo: Cortez/Instituto Paulo Freire, 2003.

PEREIRA, A. L. de F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n.5, set./out. 2003.

PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA - CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS. UniEVANGÉLICA, 2006.

PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA –ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE –DF,2000.

PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO DO CURSO DE MEDICINA – PLANO DIRETOR - PUC-Goiás,2009.

REGO, S. Currículo paralelo em Medicina, experiência clínica e PBL: uma luz no fim do túnel? *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 2, n. 3, 1998.

RIBEIRO, L. R. de C. *Aprendizagem Baseada em Problemas (PBL): uma experiência no Ensino Superior*. São Carlos: EdUFSCar, 2008.

RODRIGUES, M. L. V.; FIGUEIREDO, J. F. C. Aprendizado centrado em problemas. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 29, n. 4, p. 396-402, out./dez. 1996.

SILVA, A. P. da. Contribuições para alfabetizadores de jovens e adultos em uma perspectiva transformadora. *Rev. Uberlândia*, Ed. Popular, n. 5, p. 27-33, jan.-dez. 2006

SILVA, L. A. S. R. da. A educação médica e a reforma sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 4, p. 493-504, out./dez., 1986.

SILVA, W. B. da; DELIZOICOV, D. Problemas e problematizações: implicações para o ensino dos profissionais da saúde. *Revista Eletrônica do Mestrado Profissional em Ensino de Ciências da Saúde e do Ambiente - Ensino, Saúde e Ambiente*, v. 1, n. 2, p. 14-28, dez. 2008.

SIQUEIRA, R.; BERBEL, N. A. N. A teoria e a prática da Metodologia da Problematização em outras realidades, a partir dos trabalhos produzidos na UEL: uma investigação através do site de pesquisa Google. I. C. 2006.

SOARES, V. A. Aprendizado Baseado em Problemas aplicados ao curso de Medicina. *Revista Virtual Medonline*, edição n.1, jan./fev./mar./1998.

VEIGA, I. P. A. Projeto político-pedagógico: uma construção coletiva. In: \_\_\_\_\_. (Org.) *Projeto político-pedagógico da escola: uma construção possível*. 15. ed. Campinas: Papyrus Editora, 2002.

VEIGA, I. P. A. Metodologia do ensino no contexto do trabalho pedagógico. In: CASTANHO, S.; CASTANHO, M. E. L. M. (Orgs.). *O que há de novo na educação superior: do projeto pedagógico à prática transformadora*. São Paulo: Papyrus, 2004. p.135-144.

VERAS, R. P.; RIBEIRO, L. S.; LIMA, J. C. de S. Notas sobre a evolução da escola médica no Brasil. *Educ Méd Salud*, v. 17, n. 4, 1983.

ZANOTTO, M. A. do C.; DE ROSE, T. M. S. Problematizar a própria realidade: análise de uma experiência de formação contínua. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 45-54, p. 45-54, jan./jun. 2003.

